BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXVII. — 1901

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS — L. MARETHEUX, IMPRIMEUR
1, rue Cassette

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS CHAQUE SEMAINE

(EXCEPTÉ PENDANT LES VACANCES DE LA SOCIÉTÉ)

par les soins des Secrétaires de la Société

M. PAUL SEGOND
Secrétaire général

ET

MM. GÉRARD MARCHANT ET BAZY
Secrétaires annuels



TOME XXVII. — 1901

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1901

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 9 JANVIER 1901

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. DUPRAZ (de Genève), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger de la Société;

3° Une lettre de M. CASTRE, notaire à Montpellier, annonçant que le professeur DUBRUEIL a légué, par testament, 15.000 francs à la Société de Chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

De l'hémo-diagnostic au point de vue chirurgical, dans le cancer de l'estomac et dans les infections.

M. TUFFIER. — Depuis bien des années, M. Hayem (1) demande « aux médecins et surtout aux chirurgiens » de chercher dans la constitution anatomique du sang un auxiliaire pour le diagnostic des tumeurs et des infections. Je me suis entretenu bien souvent avec lui de ces questions; malheureusement, l'organisation si défectueuse des services hospitaliers que j'avais successivement occupés ne m'avait pas permis d'installer un laboratoire. J'ai pu depuis six mois, avec le concours de M. Milian, faire à cet égard quelques recherches que notre dernière discussion sur les sténoses pyloriques m'engage à vous communiquer. Ces premiers résultats n'ont d'ailleurs aucune originalité, puisque ce ne sont

(1) *Du sang et de ses altérations*, p. 945, Masson, 1890.

que des applications des découvertes de M. Hayem et de Ehrlich. Ces applications ont été faites maintes fois en France et à l'étranger et sont d'un usage courant en médecine.

Je vous en ai cité un premier exemple. C'est cet homme chez lequel un énorme *épithélioma alvéolaire diffus de l'estomac* avait été diagnostiqué, grâce à l'examen du sang. Il s'agissait de cette « forme anémique » du cancer gastrique, forme anémique et sans tumeur, sans hématémèse, sans aucun vomissement. La formule hématologique montra à M. Hayem une anémie intense avec leucocytose qu'il regarde comme liée à la présence d'un cancer.

M., 2.635.000 R., 1.424.000 G., 0,154 B., 15.100.

Cette leucocytose considérable n'est cependant pas caractéristique. L'examen chimique du suc gastrique confirmait en partie l'hypothèse du cancer. Je ne fais que vous rappeler seulement ce fait qui est décrit tout au long dans *les Cliniques de l'hôpital Saint-Antoine* (1). Je vous ai présenté le malade guéri deux ans après son opération. Les faits d'hémo-diagnostic en pathologie stomacale sont nombreux et M. Hayem insiste sur leur valeur dans la différenciation de l'ulcère et du cancer.

Pour ma part, je viens d'examiner une jeune femme atteinte d'un ulcère de l'estomac. Cette malade entrait dans mon service pour hématémèse considérable; elle était pâle, anémiée. La formule hématologique montrait

M., 2.697.000 R., 886.522 G., 0,32 G. B., 8.246, P=54, M=43, E=3,

c'est-à-dire une anémie, mais sans leucocytose, sans polynucléose.

Quand on est en face de cas ainsi typiques, les données de l'hématologie sont vraiment remarquables, mais il en est d'autres où l'interprétation des résultats devient très difficile.

Voici pourquoi. Vous savez que toutes les infections s'accompagnent de leucocytose et de polynucléose plus ou moins marquée; si une ulcération quelconque, un ulcère chronique de l'estomac, s'accompagne de toxi-infection, vous aurez des résultats hématologiques analogues à ceux d'un cancer. Voici un exemple dû à M. Hayem (2).

M.	3.782.000
R.	2.031.000
G.	0,53
G. B.	12.816

C'est un cas type d'anémie marquée avec leucocytose. Il s'agissait d'un large ulcère chronique.

(1) P. 376, 1900.

(2) *Leçons sur les maladies du sang*, p. 256.

Je crois donc que si l'hémo-diagnostic est important, et je le regarde comme tel, puisque j'y ai recours à chaque instant pour le diagnostic des altérations chirurgicales gastriques et de bien d'autres affections, il ne faut pas cependant être exclusif et absolu à son endroit et il est nécessaire de bien rechercher les conditions dans lesquelles il se présente.

La leucocytose peut manquer dans les tumeurs, même dans celles de l'estomac (5 fois sur 12), elle peut n'apparaître qu'à la période cachectique, elle peut être temporaire. Pour qu'elle acquière une valeur séméiologique, elle doit être constante, persistante, non améliorable par la thérapeutique. L'anémie vraie qui l'accompagne est bien due à la déglobulisation par toxémie née au niveau du cancer. Chez mon malade, l'ablation de la tumeur fit disparaître et la polynucléose et l'anémie.

Le diagnostic des lésions stomacales, par l'examen du sang, n'est qu'un chapitre très restreint de la valeur de l'hématologie au point de vue chirurgical. J'ai eu recours à cet examen dans nombre de cas; souvent il n'a fait que confirmer un diagnostic déjà très probable, mais voici trois faits où ses résultats ont été vraiment remarquables.

Un malade m'est envoyé du service de M. Landrieux, salle Chassaignac, n° 38, avec un empâtement dans la région lombaire. Tout nous portait à croire qu'il s'agissait d'un phlegmon périnéphrétique. Après quelques jours, la température tombe et l'empâtement disparaît. Les urines sont normales. Il ne reste que de la douleur à la palpation profonde du rein. J'hésitais à intervenir chez ce malade.

L'examen du sang nous donnait G. R., 6.138.000, G. B. 16.430, P = 74, M = 25, E = 1; la leucocytose avec polynucléose persistante permettait d'affirmer une lésion suppurée. Je fis une incision lombaire et je trouvai au-dessous du bassinet une collection purulente du volume d'une grosse noix, contenant un calcul irrégulier gros comme une noisette. Ce calcul était extra-rénal et extra-urétéral.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un accident post-opératoire. Après une opération de cure radicale d'une hernie inguinale droite, il survint au-dessous de la cicatrice, à la racine des bourses, une tumeur arrondie du volume d'un œuf sans changement de coloration de la peau — tumeur dure, indolente, persistant sans changement; la ponction capillaire était négative. Le diagnostic était hésitant entre une suppuration et un hématome. L'examen du sang nous montra G. R., 4.805.000, G. B. 6.300. Il n'y avait pas de leucocytose. On conclut à une lésion aseptique; le foyer se résorba.

J'ai opéré au n° 55 de la salle Chassaignac un malade porteur

d'une tuméfaction de l'hypocondre gauche examinée par plusieurs de nos collègues avec des conclusions variables. La tuméfaction, à marche rapide, était mobile, adhérente à la face postérieure de l'estomac, se perdant en haut sous les fausses côtes. Le diagnostic porté était ulcère du grand cul-de-sac avec périgastrite. Kyste suppuré de la rate. Néoplasme à marche aiguë de la face postérieure de l'estomac. La formule hématologique montra G. R., 8.168.000, G. B. 5.146, P=64, M=30, E=6. On conclut à une lésion qui n'était ni suppurée, ni septique. L'opération me fit constater un énorme kyste de la queue du pancréas.

Tels sont les faits encore peu nombreux que je désirais vous présenter. Je crois que l'hémo-diagnostic doit entrer plus largement dans nos moyens d'investigation et que le diagnostic chirurgical peut dans nombre de cas y gagner en précision.

M. HARTMANN. — Je ne répondrai qu'à la partie de la communication de M. Tuffier ayant trait au diagnostic hématologique des affections stomacales, le seul que j'ai abordé devant vous, réservant pour une communication ultérieure les autres faits que nous possédons, M. Silhol et moi.

Deux des observations apportées par M. Tuffier confirment les règles que j'ai posées. Une troisième semble à première vue les infirmer, celle qui a trait à un ulcère infecté avec leucocytose, 12.816 globules blancs. En réalité, ce fait n'infirme rien. Il s'agit probablement d'une leucocytose infectieuse, d'une de ces leucocytoses polynucléaires décrites, il y a longtemps déjà, par M. Malassez. Or, je vous ai dit que la leucocytose néoplasique portait principalement sur les mononucléaires. Comme dans l'examen apporté par M. Tuffier, on n'a pas fait la distinction de la variété de globules blancs en présence de laquelle on se trouve, le fait est scientifiquement incomplet et nous ne pouvons rien en conclure; il s'agit peut-être d'une de ces leucocytoses polynucléaires, leucocytoses infectieuses de Malassez, dont je vous apporterai un certain nombre de cas, leucocytoses différentes des leucocytoses mononucléaires, qu'a bien étudiées le professeur Hayem et qui accompagnent certains néoplasmes.

Quelques réflexions au sujet du diagnostic et du pronostic des perforations intestinales d'origine typhoïdique.

M. LOISON. — Dans la dernière séance, à l'occasion de l'intéressant rapport de M. Lejars, certains points de diagnostic et de pronostic concernant les perforations intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde ont été soulevés.

Dans la communication que j'avais eu précédemment l'honneur de vous faire, j'avais intentionnellement laissé de côté les différentes réflexions qui m'avaient été suggérées par l'observation de mon malade, et par l'étude des cas similaires de guérison que j'ai pu recueillir dans les publications médicales. Permettez-moi de revenir brièvement sur le sujet et de vous exposer quelques considérations propres à engager médecins et chirurgiens à entrer franchement dans la voie de l'intervention; brillamment défendue à la tribune de votre Société par MM. Monod et Lejars.

1° *Difficultés du diagnostic.* — Le diagnostic est-il réellement aussi difficile que certains semblent le croire? Pour mon compte, je ne le pense pas, à condition toutefois de bien séparer les cas.

J'estime tout d'abord qu'il faut laisser de côté, au point de vue qui nous occupe, les faits dans lesquels il s'agit de différencier une appendicite commençante et une fièvre typhoïde à son début; c'est là une question d'espèce morbide et non plus une question de complication typhoïdique.

De même, les cas de perforation intestinale et de péritonite survenue dans la typhoïde dite ambulatoire, me semblent devoir être éliminés du débat ; on vous apporte un malade atteint de péritonite, dont vous ne connaissez pas l'histoire ; vous n'avez qu'à faire le nécessaire pour combattre la lésion, sans en rechercher la cause étiologique, que vous ne découvririez souvent qu'après coup.

Dans le cours des fièvres typhoïdes adynamiques graves, vous pourrez, par contre, vous trouver en présence d'une perforation, sans la soupçonner immédiatement ; ce ne sera parfois qu'au bout de plusieurs jours que des symptômes de réaction péritonéale avancée forceront votre attention et vous imposeront le diagnostic. Il sera alors naturellement trop tard pour intervenir, mais dans ces cas d'intoxication extrême, le diagnostic eût-il pu être posé en temps voulu, je crois qu'il y aurait lieu de s'abstenir, car la déchéance organique est trop profonde pour pouvoir faire les frais de la réparation.

Mais le point de vue change du tout au tout dans une fièvre typhoïde d'intensité moyenne ; ici, la maladie suit un cours normal, et il est possible d'escompter à peu près sûrement la guérison, lorsque subitement l'accident dont nous nous occupons vient tout compromettre, et amènera à peu près fatalement la mort dans l'espace de quelques jours, si on n'y obvie promptement. Dès ce moment, la fièvre typhoïde est devenue en quelque sorte chirurgicale, et c'est à nous qu'il appartient de tenter de sauver le malade, ou de le laisser mourir. Devant la complication péritonéale, le médecin est à peu près aussi désarmé qu'en pré-

sence des formes où il y a surintoxication. Nous devons, par conséquent, lui crier sur tous les tons que nous avons certaines chances de guérir son patient, si toutefois il nous appelle à temps.

Il ne faut pas lui donner à entendre que la péritonite peut s'enkyster, qu'il sera toujours temps d'intervenir secondairement, lorsque l'abcès sera collecté, que même la bonne nature pourra se charger spontanément de l'évacuation du pus à l'extérieur, comme cela s'est produit dans le fait que vous a rapporté M. Walther.

Notre devoir est de tenter d'arrêter l'inflammation et de couper court à ses dégâts, dès le début; nous devons, en un mot, nous comporter comme nous le faisons en présence de toutes les autres péritonites par perforation, et opérer au plus tôt.

Cela nous sera d'autant plus facile que la péritonite par perforation survenant dans le cours de la fièvre typhoïde se traduit généralement par des symptômes assez précis. Le plus important est la douleur vive éprouvée subitement dans la région sous-ombilicale, à droite le plus souvent, et sur laquelle les malades appellent eux-mêmes l'attention du médecin. En même temps il se développe une contracture de défense plus ou moins prononcée de la paroi abdominale, des modifications de la température en plus ou en moins et surtout une accélération brusque et notable du pouls. On doit également tenir compte des autres symptômes, mais ils sont inconstants et variables, et ne doivent être considérés, s'ils existent, que comme des signes de confirmation.

C'est donc aux médecins, dit le professeur Dieulafoy, d'exercer leur sagacité sur ce point et de surveiller leurs malades de très près. Si par hasard ils se trompent et qu'ils amènent le chirurgien à faire une laparotomie blanche, l'erreur sera regrettable, mais généralement sans préjudice pour le typhoïdique.

2° *Pronostic et résultats opératoires.* — Dans la statistique que j'ai établie pour un travail qui paraîtra prochainement dans la *Revue de chirurgie*, je n'ai retenu parmi les opérations citées de côté et d'autre que 16 cas seulement de guérison, y compris celui de M. Legueu et le mien.

La faiblesse relative de ce chiffre comparé à celui que donnent certains auteurs tient à ce que, pour éviter de compliquer ma statistique et pour supprimer dans la limite du possible les causes d'erreur et de contestation, j'ai éliminé les péritonites enkystées, les péritonites diffuses dans lesquelles on n'avait trouvé la perforation ni pendant l'opération ni à l'autopsie, celles qui avaient pour point de départ une perforation du cæcum, de l'appendice ou du diverticule de Meckel, celles qui s'étaient produites dans les cas de typhoïde dite ambulatoire; j'ai également laissé de côté

certaines observations douteuses ou trop concises. Je n'ai finalement retenu que les péritonites suppurées diffuses reconnaissant pour cause une perforation siégeant sur l'intestin grêle, qui sont généralement très graves et suivies de mort à brève échéance, si l'on n'intervient pas.

J'ai réuni 90 cas de ce genre opérés, se décomposant en 74 cas suivis de mort et 16 terminés par la guérison, soit une proportion de succès de 21,6 p. 100.

M. Routier a émis l'opinion que les succès opératoires n'étaient à espérer que dans les cas où la perforation survenait à une période avancée de la fièvre typhoïde. Il n'en est rien, car dans les 16 cas de guérison mentionnés, la perforation s'est produite aux époques suivantes : 3 fois pendant le deuxième septenaire, 5 fois pendant le troisième, 1 fois pendant le quatrième, 1 fois pendant le cinquième, 1 fois pendant le sixième, 2 fois pendant le septième, et 3 fois pendant la convalescence ou une rechute. La moitié des interventions heureuses ont donc eu lieu dans le cours des deuxième et troisième semaines.

Dans 12 cas où l'heure de l'intervention est indiquée, nous trouvons que 6 fois l'opération a été faite de six à douze heures après le début présumé des accidents, 4 fois de douze à vingt-quatre heures, 1 fois à la vingt-sixième heure et 1 fois à la soixantième.

Il ne nous semble guère possible d'opérer avant la sixième heure, car il faut laisser s'écouler les quelques heures pendant lesquelles se manifestent les symptômes résultant du choc péritonéal primitif. Ce temps sera employé par le médecin pour confirmer son diagnostic, relever les forces du malade par des injections d'éther, de caféine et de sérum physiologique, et par le chirurgien pour préparer tout ce qui est nécessaire à l'acte opératoire.

La statistique nous montre que les chances de succès sont plus grandes lorsqu'on intervient dans les douze premières heures, mais nous croyons que l'étude attentive de l'état général du patient a plus d'importance que cette donnée arithmétique pour décider le chirurgien à intervenir ou à s'abstenir. Certains malades ne sont plus opérables déjà à la dix-huitième heure ; et chez d'autres, arrivés au deuxième ou au troisième jour, l'intervention pourra encore être indiquée et donner un succès.

La guérison n'est pas compromise du fait de l'existence de perforations simultanées multiples. Price (1) a rapporté deux observations dans lesquelles il eut à traiter une fois deux perforations

(1) *Med. and surg. Report*, 7 novembre 1896.

et une autre fois de multiples perforations; les deux malades guérirent.

La crainte des perforations successives ne doit pas non plus nous arrêter; nous n'aurions au besoin qu'à imiter Cushing (1), qui, dans un cas de ce genre, fit subir, dans l'espace de quinze jours, trois laparotomies à son malade : deux pour traiter des perforations successives, et la dernière pour combattre une occlusion intestinale par adhérences. Mais même dans le cas où les perforations qui peuvent se produire secondairement passeraient cliniquement inaperçues, ou que l'état général du malade contre-indiquerait une nouvelle intervention, cette fuite intestinale récidivée présenterait moins de danger, en se faisant dans un péritoine largement ouvert et drainé, que si l'irruption des matières avait lieu en cavité close.

Nous concluons en disant qu'il faut répéter bien haut, de façon à être entendu des médecins, que la péritonite suppurée consécutive à la perforation typhoïdique de l'intestin grêle est une affection chirurgicale, et qu'elle est susceptible de guérir par une intervention opératoire judicieuse et opportune.

Traitement opératoire des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde.

M. Hartmann. — Les très intéressantes communications faites sur le traitement des perforations intestinales au cours de la dernière séance ont porté devant nous cette question soulevée déjà en 1896 dans une autre enceinte, par le professeur Dieulafoy (2) et par Lereboullet (3). Depuis le mémoire publié en 1897 par MM. Monod et Vanverts (4), qui n'avaient pu à cette époque réunir que 27 observations, le nombre des cas observés s'est considérablement multiplié, en particulier en Amérique, si bien que Keen (de Philadelphie) pouvait, en 1898, en relater 83 cas avec 16 guérisons, soit 19,3 p. 100 (5) et qu'en janvier 1900 il pouvait, à cette première série, en ajouter une deuxième de 75 cas nouveaux avec 21 guérisons, soit 28 p. 100 (6). On pourrait peut-être croire que ce pourcentage ne donne pas une idée juste de la mortalité opéra-

(1) *British med. journ.*, 4 février 1899.

(2) Dieulafoy. De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1896, t. XXXVI, p. 475.

(3) Lereboullet. *Ibidem*, p. 542.

(4) Monod et Vanverts. Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde, *Revue de chirurgie*, 1897, p. 169.

(5) Keen. *Surgical complications and sequels of typhoid fever*, Philad , 1898

(6) Keen. *New-York State medical association* (N.-Y.), 25 octobre 1899, publié in *Journ. of. the American medic. Association*, 20 janvier 1900.

toire, que, faite avec des cas de provenance diverse, elle est meilleure que la réalité, les opérateurs ayant plus de tendance à publier les succès que les insuccès. Mais voici que mon ami Harvey Cushing arrive en août dernier avec la série intégrale des perforations de l'intestin observées dans la clinique médicale d'Osler au John Hopkins; il a opéré 11 de ces cas et a obtenu 5 guérisons, soit 45,4 p. 100, et dans tous les cas il s'agissait bien de perforations de l'intestin grêle et non de perforations appendiculaires, dont la gravité est moindre (1).

Le résumé de ces faits nous montre bien que notre collègue Lejars était dans la vérité lorsqu'il nous disait qu'en présence d'une perforation intestinale chez un typhique « *notre devoir est de recourir le plus tôt possible à la laparotomie* ».

Si nous recherchons maintenant les conditions qui favorisent le succès, nous voyons que la production de la perforation à une période tardive de la fièvre et la précocité de l'intervention, une fois la perforation produite, sont les deux grands facteurs du pronostic.

La *gravité moindre des perforations tardives* a été signalée par Lejars et par Routier, elle est confirmée par les faits. Nous relevons dans les observations réunies par Keen :

80 opérations au cours des trois premières semaines, 15 guérisons, soit 18,75 p. 100.

42 opérations après la troisième semaine, 22 guérisons, soit 52,38 p. 100.

Quant à l'*amélioration dans les résultats due à la précocité de l'intervention*, nous la retrouvons de même dans les statistiques étendues :

75 cas opérés dans les premières 24 heures ont donné 19 guérisons, soit 25,33 p. 100;

38 cas opérés après les premières 24 heures n'ont donné que 6 guérisons, soit 13,63 p. 100.

La question qui se pose est donc celle de la *précocité du diagnostic*. La douleur, la contracture de la paroi du ventre, la cessation de la respiration abdominale, une modification brusque de la température, une accélération du pouls qui devient fréquent et petit, sont autant de signes autorisant une intervention.

Enfin Cushing a signalé qu'en pareil cas l'*examen du sang*, sur lequel vous m'avez vu appeler l'attention ces temps derniers, a une grosse importance. D'après ses observations, la perforation de l'intestin est immédiatement suivie d'une leucocytose, 10 à 12.000 globules blancs par millimètre cube, chiffre qui a une

(1) Harvey Cushing. Mémoire inédit qui va paraître dans les *Archives de médecine*.

importance considérable si l'on a constaté antérieurement, comme le fait est fréquent dans la fièvre typhoïde, une hypoleucocytose, variant de 3 à 4.000 globules blancs. Cette poussée de leucocytose cesse souvent lorsque la péritonite se développe.

Présentations de malades.

Cancer iléo-cæco-colique.

M. Poirier. — Je vous présente une malade à laquelle j'ai enlevé, le 1er décembre 1900, un cancer de la région iléo-cæco-colique. La tumeur, du volume d'un gros poing d'adulte, occupait la valvule, le tiers supérieur du cæcum, tout le côlon ascendant et le tiers externe du côlon transverse ; le foie, abaissé par l'envahissement de la tumeur, descendait jusqu'à la crête iliaque. La malade pesait alors *trente-trois kilogrammes*; cet amaigrissement extrême contrastait avec le ballonnement du ventre, car les garde-robes étaient devenues très difficiles.

L'opération fut facile, car la tumeur, bien qu'elle eût dédoublé le méso-côlon et même le mésentère, était restée mobile. Après coprostase par clamps peu serrés, je sectionnai l'iléon à 6 centimètres de la valvule et le côlon transverse vers sa partie moyenne ; puis je coupai le feuillet antérieur du méso-côlon pour suivre pas à pas la face profonde de la tumeur, liant les vaisseaux au fur et à mesure; chemin faisant, je découvris le rein droit, avec lequel la tumeur était en contact. Tous les ganglions furent enlevés ; je terminai en réunissant bout à bout par suture termino-terminale l'iléon au côlon transverse, en fronçant un peu les tuniques de ce dernier. Je mis un drain, car la plaie péritonéale était fort large, bien que je l'eusse réduite, par deux points unissant le méso-côlon au mésentère.

La malade fut alimentée dès le lendemain de l'opération et ce même jour elle eut une garde-robe spontanée. Les suites ont été remarquablement simples, apyrétiques. Actuellement, trente-sept jours après l'opération, la malade pèse quarante et un kilogrammes; elle a donc engraissé de 16 livres en un mois.

Résection de l'épaule pour fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. Lucas-Championnière. — Je vous présente un malade auquel 'ai fait la résection de l'épaule pour une fracture vicieusement consolidée de l'extrémité supérieure de l'humérus. La résection est déjà plus rare qu'on ne le suppose, puisque Ollier, dans son Traité, n'en a publié que trente cas, et il n'avait jamais obtenu de

résultats très brillants. Il ne l'avait jamais faite pour la fracture de l'humérus.

Il s'agissait, dans le cas particulier, d'un blessé qui avait eu une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec saillie en avant de l'extrémité supérieure du fragment inférieur. Il existait une ankylose absolue de l'épaule et une disparition complète du deltoïde.

Ce deltoïde s'est reconstitué complètement depuis six mois et vous pouvez le voir se contracter, même jusque dans ses fibres antérieures. Constatez encore que l'articulation jouit d'une très grande mobilité.

Certainement l'extrémité supérieure de l'humérus est, chez notre opéré, encore un peu entraînée en avant; mais comme il y avait un gros cal à ce niveau, c'est un reste de difformité qui persiste.

Ce malade avait été traité par l'immobilisation complète, placé durant six semaines dans un appareil plâtré qui a probablement laissé persister la contracture et la déformation, qui était caractérisée par l'implantation perpendiculaire de la tête humérale sur l'humérus.

C'est la deuxième fois que je fais cette opération dans des circonstances semblables. Dans le premier cas, peut-être parce qu'il s'agissait d'un homme plus jeune, j'avais obtenu un résultat plus rapide encore.

Je fais la résection aussi antérieure que possible; je passe en avant du deltoïde, liant de suite la veine céphalique. Certainement cette incision rend l'opération longue et pénible, mais le résultat demeure excellent parce qu'on a conservé tout le deltoïde. Je puis donner une appréciation sérieuse sur les résultats de la résection de l'épaule et dire que celui-ci est excellent.

Je rappelais qu'Ollier avait fait trente résections de l'extrémité supérieure de l'humérus, j'en ai fait moi-même quatorze.

M. Berger. — Le résultat est certainement très bon au point de vue physique comme au point de vue fonctionnel, mais malgré ces bonnes fonctions deltoïdiennes, il reste un desideratum si on analyse l'élévation de l'épaule. Le coude ne peut être soulevé à la hauteur de l'épaule, et pour effectuer ce mouvement l'opéré se sert de son trapèze et des muscles sus-scapulaires.

Il ne faut pas compter sur la résection de l'épaule pour améliorer les mouvements dans les luxations invétérées de cette articulation; et dans ces cas-là l'amélioration s'obtient surtout moins par l'opération que par les massages, les mouvements, les douches, l'électricité.

M. Walther. — Y avait-il dans ce cas ankylose vraie, ou simple limitation des mouvements du bras en avant?

M. Lucas-Championnière. — Il y avait une raideur absolue et une impossibilité pour le malade de lever le bras. Il n'existait pas la moindre contraction des fibres du deltoïde.

M. Walther. — Si j'ai posé cette question à M. Lucas-Championnière, c'est parce que j'ai eu l'occasion d'opérer deux jeunes garçons qui, à la suite d'une fracture de l'épaule, avaient une luxation du fragment inférieur en avant. Dans ces conditions, ce fragment inférieur venait buter sous la voûte acromio-coracoïdienne, et une fois la soudure s'était faite sur le côté du fragment inférieur. L'impossibilité de lever le bras en avant et en haut était absolue.

M. Lejars a étudié des faits semblables et il a rapporté les observations de Bruns (Tübingen).

Chez ces deux garçons et dans un troisième cas que j'ai eu l'occasion d'observer, je me suis contenté deux fois de réséquer la partie saillante du fragment et de remettre l'humérus en place avec ou sans suture, une autre fois de réséquer la saillie exubérante du cal. Il faut quelquefois réséquer une notable portion de l'extrémité supérieure du fragment inférieur pour le remettre en place.

Dans ces trois cas le résultat obtenu a été parfait.

Il s'agit dans les cas anciens d'une fausse ankylose de l'épaule. Aussi est-il possible, sans toucher à la tête humérale, d'obtenir un résultat meilleur qu'en faisant la résection de cette tête.

M. Tuffier. — Dans les résections de l'épaule pour traumatismes anciens ou récents, on peut dans certains cas utiliser la partie de la tête humérale qui est recouverte de cartilage et faire une *résection chondroplastique.*

Dans un cas récent de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus en plusieurs fragments avec luxation de la partie articulaire dans l'aisselle, j'ai extrait cette portion de la tête couverte de cartilage, puis, la résection des autres fragments une fois terminée, j'ai taillé et adapté la portion recouverte de cartilage et j'en ai coiffé avec suture périphérique la tête de l'extrémité supérieure du fragment inférieur.

M. Félizet. — De quelle époque date votre opération? Je crains qu'elle ne vous donne pas un résultat satisfaisant.

M. Tuffier. — Elle est toute récente.

M. Poirier. — Ce que M. Félizet appelle un séquestre est tout simplement l'extrémité supérieure du fragment inférieur. J'ai

réuni à l'École pratique quarante cas de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. J'ai scié ces humérus suivant leur axe et dans toutes ces pièces j'ai trouvé une pénétration de l'extrémité supérieure du fragment inférieur dans la tête humérale. Est-ce une pénétration primitive ou secondaire? je l'ignore.

Cet enfoncement du fragment est inégal. A la partie externe de la périphérie, l'humérus pénètre peu, mais dans la partie interne, la pénétration est de 2, 3, 4 centimètres.

Cette pénétration est constante.

M. Walther a dit qu'il avait suturé la tête de l'épiphyse supérieure à l'humérus. Je ne vois pas bien la possibilité de cette suture. Je ferais en pareil cas ce qu'a fait M. Lucas-Championnière, évitant de me donner un mal inutile, car ce qu'il faut chercher à l'articulation de l'épaule, c'est la mobilité plutôt que la solidité : l'opéré de M. Lucas-Championnière ne peut que gagner au point de vue de ses mouvements.

M. Lucas-Championnière. — Je désire répondre aux critiques qui ont été formulées.

Vous ne pouvez pas juger de ce que sera l'épaule de cet homme dans un an! Cependant son état est déjà plus satisfaisant qu'on ne l'a dit. Veuillez vous rappeler qu'il n'avait aucune espèce de mouvement de rotation avant l'opération, et qu'aujourd'hui cette rotation est parfaite.

Vous n'êtes pas juste en disant que son deltoïde ne lui sert à rien; il donne déjà un mouvement réel d'élévation, et, sans aucun doute, le bras arrivera à l'horizontale.

Comme l'a dit M. Poirier, ce que vous recherchez dans la résection de l'épaule, c'est la souplesse, la mobilité; et par des opérations à côté, par des résections partielles, vous ne réussirez jamais aussi bien qu'avec la résection totale.

J'ai dû faire la résection au ciseau, car dans ces cas d'ankylose, comme Ollier en avait fait la remarque, il est impossible d'avoir raison autrement de la tête.

Un mot sur le séquestre invoqué par M. Félizet. Il n'y en a pas. C'est une partie vivante; c'est la disposition constante, qu'on retrouve toujours, comme le faisait remarquer M. Poirier.

Il ne m'aurait donc pas été possible d'enlever au centre de la tête ce fragment osseux pénétrant, et vous me permettrez, en terminant, de considérer cet opéré comme ayant bénéficié heureusement de la résection.

M. Walther. — Un mot simplement. Ce que j'ai voulu dire après Bruns (de Tubingen), après Lejars, c'est que dans certains cas l'ankylose n'est pas vraie, le cartilage articulaire est intact; il s'agit

d'une fausse ankylose, résultant de ce fait que l'extrémité supérieure du fragment inférieur vient buter sur la voûte acromio-coracoïdienne et aussi des adhérences périarticulaires.

Je ne veux pas dire que cette disposition anatomo-pathologique soit applicable au cas de M. Lucas-Championnière, mais comme ces faits existent, il était bon de les signaler.

Présentations de pièces.

Trépanation tardive du crâne pour ablation d'une balle de revolver. Application de l'appareil de M. Contremoulins,
par MM. Malapert et Mauclaire. — M. Tuffier, rapporteur.

Plaie pénétrante de l'axillaire par une tige d'acier,
par M. Morestin. — M. Demoulin, rapporteur.

Cancer colloïde de l'intestin coïncidant avec une salpingite gauche. — Ablation de la salpingite et résection de 14 centimètres de l'S iliaque. Guérison.

M. Routier. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter est formée par 14 centimètres de l'S iliaque d'une jeune femme de dix-huit ans; j'ai été amené à pratiquer cette résection dans les circonstances suivantes.

Dans les premiers jours de novembre 1900, je fus appelé auprès de cette jeune femme pour parer à des accidents d'occlusion; mais dès que je l'eus examinée, il me fut facile de me convaincre que cette occlusion était bien incomplète; les garde-robes étaient difficiles, mais jamais il n'y avait eu arrêt complet des gaz : le ventre était douloureux, non ballonné, la douleur maxima était à gauche, et on parvenait non sans peine à découvrir une tuméfaction dans la profondeur de l'hypocondre gauche.

Les accidents semblaient avoir débuté à la suite d'une fausse couche remontant à deux ans; longtemps elle avait été soignée pour une métrite, on avait même dit salpingite.

Le toucher me fit reconnaître un utérus peu mobile, se continuant à gauche avec une tumeur qui paraissait bien annexielle; on ne sentait rien à droite.

Je posai donc le diagnostic de salpingite unilatérale, gauche, comprimant sans doute l'intestin, d'où la pseudo-occlusion contre laquelle on avait eu à lutter, depuis juillet surtout.

Jamais dans les matières fécales on n'avait remarqué rien d'anormal et surtout jamais de sang.

Je proposai l'ablation de cette salpingite, qui fut acceptée. La malade fut purgée à l'huile de ricin, qui passa parfaitement et qui

provoqua des évacuations abondantes, ce qui sembla confirmer mon diagnostic.

Le 9 novembre, je procédai à l'opération en présence du Dr Sainton, son médecin.

Laparatomie sur plan incliné; à gauche de l'utérus, gros paquet formé par les annexes gauches qui paraissent entourer l'S iliaque. Libération pénible : la trompe me semble être tuberculeuse, ce qui nous surprend d'autant moins qu'il existe dans la famille des antécédents.

Mais une fois les annexes gauches enlevées, je m'aperçois que l'S iliaque forme un volumineux cylindre dur, noueux, que je mobilise avec peine, et que je pense être aussi tuberculeux.

Je résèque 14 centimètres d'intestin et je pratique ensuite la suture bout à bout à la soie.

Le petit bassin avait été un peu malmené pendant la libération des annexes et de l'S iliaque : plusieurs points étaient saignants, je crus plus prudent de drainer, et aussi pour obvier à la possibilité d'une fistule intestinale; drainage que j'établis par le vagin avec deux drains et deux mèches.

Les suites furent des plus simples; opérée le 9, elle rendait des gaz le 11 et avait le 16 une garde robe spontanée.

J'enlevai les drains et les mèches, et je croyais tout fini; mais vers le 22, elle commença à faire des élévations de température tous les soirs, sans qu'il me fût possible d'en trouver la cause dans l'état local.

Cependant elle perdit du pus par le vagin vers le 28.

Le 2 décembre, je remis en place des drains vaginaux et j'évacuai du pus; nous eûmes huit jours d'accalmie, mais les accès fébriles reparurent.

Cependant elle se levait et partait même pour le Midi, où elle a eu encore une ou deux fois des poussées de température qui ont, paraît-il, tout à fait cessé, et elle va bien.

J'ai cru que ces poussées fébriles étaient dues à l'évolution de la tuberculose, mais l'examen de la tumeur fait par M. Courcoux, contrôlé par M. Brault, nous apprend qu'il s'agit d'un épithéliome mucoïde. Voici du reste la note qui m'a été remise par M. Courcoux :

Pièce provenant de la résection du gros intestin. — Examen histologique vérifié par M. Brault.

L'examen n'a pu porter que sur la couche musculeuse, la muqueuse ayant subi des lésions de cadavérisation. La couche musculeuse est dissociée et envahie par une quantité de cellules épithéliales formant des bandes allongées entre les faisceaux musculaires ou d'autres fois réunies en amas.

Ces cellules ont un aspect vésiculeux très net, leur noyau déformé,

elliptique, est rejeté à la périphérie de la cellule, dont la cavité est remplie d'un exsudat d'aspect mucoïde.

Cette sécrétion est si abondante dans certaines cellules, qu'elles ont éclaté. La fusion de ces produits de sécrétion donne en certains points des sortes de lacs de mucus formant de grandes vésicules séparées par des fibrilles conjonctives. Dans ces vésicules on retrouve encore à la périphérie les noyaux des cellules dégénérées.

La couche musculeuse transversale semble moins atteinte.

Le tissu conjonctif sous-jacent est envahi; on y retrouve le même aspect d'aréoles remplies de mucus avec des restes de cellules épithéliales.

Les vaisseaux sont épaissis.

Conclusion. — La pièce que nous avons examinée est un épithélioma mucoïde de l'intestin.

Appendice adhérent sur un moignon d'ovariotomie. Douleurs et vomissements continuels.

M. Lucas-Championnière. — Je vous présente une pièce rare d'appendicite. Il s'agit d'une malade opérée en novembre dernier d'ovarite double. Elle continua à se plaindre du côté droit et à vomir de temps à autre, et continuellement dans ces derniers jours. A l'examen, je trouvai sur le côté droit de l'utérus une tumeur isolable. Cette malade avait un utérus bifide, ce qui compliquait le diagnostic. Je pensai qu'elle avait une adhérence au niveau de cette corne droite.

Je l'ai opérée hier et j'ai trouvé un appendice très adhérent, impossible à séparer de cette corne droite. Après section et suture de l'angle de l'utérus je réséquai l'appendice et vous pouvez juger sur la pièce de la fusion intime qu'il avait avec la corne utérine. Il s'agit très probablement d'une adhérence secondaire survenue sur le moignon après l'opération.

M. Segond. — J'ai opéré dernièrement une femme dans des conditions semblables. Elle aussi avait subi l'ablation des annexes, et comme elle continuait à souffrir du côté droit, je l'ai opérée, croyant découvrir une adhérence m'expliquant cette douleur. Je suis tombé sur un appendice adhérant absolument au moignon des annexes droits et qui était la cause des souffrances.

M. Routier. — En enlevant les annexes, il faut, bien entendu, se garder de lier l'appendice avec le pédicule.

Mais il est très fréquent de trouver l'appendice malade en même temps que les annexes; enfin, toutes les fois que je pratique une laparotomie pour salpingite, je ne manque jamais de chercher l'appendice, de vérifier son état, et pour si peu qu'il me paraisse malade, s'il est seulement suspect, je l'enlève; mon opération n'est pas plus grave, et je crois rendre un gros service à mes malades; c'est une vraie supériorité que de n'avoir plus d'appendice.

Le Secrétaire annuel,
Gérard-Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 16 JANVIER 1901

Présidence de M. Richelot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

Fracture de l'étage antérieur du crâne, méningite consécutive, trépanation double, guérison.

M. Poirier. — Messieurs, les fractures du crâne sont parmi celles qui ont le moins bénéficié des progrès de la chirurgie actuelle ; il n'est pas exagéré de dire qu'elles gardent leur ancienne et extrême gravité. La guérison est l'exception ; le plus souvent la mort survient, soit immédiatement, du fait de l'étendue des lésions, soit quelques jours plus tard, par les complications infectieuses. En général, la thérapeutique chirurgicale se borne à une prétendue désinfection des conduits naturels (oreille, nez, pharynx) ; mais, quand survient la méningo-encéphalite, nous restons inactifs et le blessé meurt. La lecture du court chapitre que nos classiques consacrent à la thérapeutique des complications infectieuses des fractures du crâne est aussi courte que désespérante ; le plus récent d'entre eux va jusqu'à refuser toute confiance aux tentatives chirurgicales, même les plus hardies.

Je continue de penser aujourd'hui, comme en 1891 (Topographie crânio-encéphalique), qu'il y a mieux à faire que de regarder venir la mort ; que les inflammations, ou mieux les infections des méninges, sont redoutables surtout parce qu'elles évoluent en champ clos et inextensible, et que si nous changeons, par l'ouverture large de la boîte crânienne, les conditions de culture des microbes, nous pourrons modifier la marche et le pronostic des infections méningiennes.

A l'appui, je vous présente un blessé et une observation, exemple des bons résultats que peut donner la trépanation large dans la méningite infectieuse consécutive aux traumatismes du crâne.

Voici l'histoire du blessé : c'est un ébéniste de trente-deux ans, sans tare nerveuse personnelle ou héréditaire ; point de syphilis ; habitudes d'intempérance, boit deux absinthes chaque jour. Cependant, sa santé a été jusqu'ici excellente ; marié depuis trois ans, il est père de deux enfants bien portants.

Le 10 décembre, à 6 heures du soir, D..., rentrant chez lui en état d'ébriété, glissa dans le couloir de sa maison et tomba sur le côté droit de la tête ; il put se relever et commencer l'ascension de l'escalier, mais à la quatrième ou cinquième marche, il se sentit défaillir et tomba à la renverse. Il fut ramassé par des voisins et conduit chez le marchand de vin ; à ce moment, il était sans connaissance et rendait du sang par la bouche. Des agents le firent transporter à Tenon (salle Monthyon). Dès son entrée, on constata l'existence d'une double ecchymose palpébrale, et l'on inclina vers le diagnostic de fracture de l'étage antérieur de la base du crâne. Dans les jours suivants, le blessé reprit peu à peu connaissance ; ses journées étaient assez tranquilles, bien qu'il se plaignît beaucoup de la tête ; par contre, les nuits étaient agitées ; la température monta à 38°5 le troisième jour. Ce même jour, un jeudi, pendant la visite, le blessé voulut absolument quitter l'hôpital ; il s'en alla, *à pied*, au bras de sa femme.

Le lendemain, 14 décembre, il se plaignit seulement de quelques douleurs de tête et se rendit à son travail.

Mais la douleur de tête augmenta, accompagnée d'une sensation de tension dans les régions orbitaires, en même temps que les mouvements des paupières devenaient difficiles et douloureux. D... rentra chez lui vers midi et se mit au lit. Dans le cours de l'après-midi, les douleurs de tête augmentèrent, en même temps que survenaient de l'agitation et du subdélirium. C'est dans cet état qu'il fut transporté à Tenon, où il entra, salle Lisfranc, vers midi. L'interne le vit à sa contre-visite à 5 heures : il constata que les paupières et les conjonctives oculaires étaient le siège d'ecchymoses des deux côtés. Il nota l'absence de toute trace de sang dans les conduits auditifs, mais remarqua que les fosses nasales étaient remplies de caillots adhérents. Les pupilles, également dilatées, réagissaient à la lumière ; il n'y avait point de trouble apparent de la motilité oculaire. L'agitation et le délire rendaient l'interrogatoire impossible ; tous les membres s'agitaient é alement, sans ordre. Les réflexes étaient un peu exagérés ;

il n'y avait point de tremblement. Le pouls était à 60; la température à 39°8.

Le diagnostic fut : fracture de l'étage antérieur de la base du crâne, méningo-encéphalite consécutive à une infection par les fosses nasales.

Le dimanche 16 décembre, six jours après l'accident, l'état ne s'était point modifié. Je résolus de tenter d'enrayer la complication infectieuse en ouvrant largement la boîte crânienne. Comme, le matin même, j'avais opéré une appendicite suppurée, je confiai à deux de mes internes, MM. Prat et Roche, tous deux bons chirurgiens, la tâche de trépaner largement.

De chaque côté, au-dessus du trou auditif, deux plaques larges de 6 centimètres, hautes de 5, furent détachées avec le ciseau et le maillet.

Depuis bien longtemps, je ne me sers que de ces deux instruments pour toutes mes interventions sur la boîte crânienne ; et, après une longue expérience, je les déclare plus faciles à manier, plus expéditifs et plus sûrs que les nombreux instruments dont l'imagination de quelques opérateurs a compliqué notre arsena, dans ces dernières années.

La dure-mère, très tendue, fut incisée crucialement, et l'incision donna issue à une notable quantité d'un liquide rougeâtre, légèrement poisseux, analogue à du cassis.

Je dois dire qu'avant de commencer l'opération, on avait eu soin de prélever, par une ponction aspiratrice, au niveau de la région lombaire, une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, lequel était venu mélangé d'une notable quantité de sang, en tout semblable au liquide sous-dure-mérien.

De chaque côté, le lobe temporal fut soulevé avec l'index, et la manœuvre donna issue à quelques cuillerées du même liquide.

Deux drains furent placés de chaque côté, l'un à une profondeur de 12 centimètres, entre le lobe sphénoïdal et la tente du cervelet, l'autre, plus court, sous le lobe temporal.

Les suites opératoires ont été simples; la température tomba dès le soir même à 38°2.

Cependant l'agitation fut encore vive pendant la nuit et le malade arracha en partie son pansement. Au quatrième jour, la température était à 37 et le pouls à 66. Depuis, la guérison s'est effectuée normalement. Aujourd'hui 16 janvier, trente-six jours après l'accident, je puis vous présenter le blessé; les fonctions auditives et visuelles sont normales; la mémoire est bonne.

J'ajoute, complément indispensable, que le liquide retiré par ponction lombaire avant l'opération a été ensemencé par les soins de M. Loeper sur deux tubes de gélose et dans deux tubes de bouillon.

Sur un des tubes de gélose et dans les deux tubes de bouillon, il n'a poussé que du staphylocoque blanc; mais, dans le deuxième tube de gélose, il a poussé des colonies non douteuses de staphylocoque doré.

Je pense, messieurs, qu'il vous apparaîtra comme à moi que nous avons bien eu affaire dans ce cas à une infection des méninges et que, ayant eu la bonne fortune d'intervenir à temps et assez largement, nous avons réussi à enrayer la marche d'une complication mortelle et ainsi sauvé notre blessé.

Rapports.

La radiographie dans les plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver. Présentation de deux malades de M. MAUCLAIRE.

Rapport de M. TUFFIER.

Voici l'histoire résumée de deux malades qui nous ont été présentés. Le 1er août 1899, un homme se tire un coup de revolver dans la région temporale droite, la balle pénètre juste au-dessus de la partie moyenne de l'arcade zygomatique et se dirige vers la cavité orbitaire; le blessé est amené dans un état subcomateux, la conjonctive et la paupière droites sont ecchymosées et boursouflées, il existe une épistaxis abondante par la narine droite. Aucun accident cérébral. M. Mauclaire temporise, puis, le troisième jour, l'état général du malade s'étant considérablement amélioré, il fait *radiographier* le blessé. M. Contremoulins localise le projectile au niveau de la paroi osseuse interne de l'orbite qui a été fracturée et pénétrée à mi-hauteur dans l'ethmoïde. Notre collègue pratique une incision dans l'angle interne de l'orbite, et, guidé par le compas de l'appareil, il tombe sur le projectile placé dans l'ethmoïde, l'enlève et guérit son malade.

Tout l'intérêt de cette observation réside dans les bienfaits de la radiographie, qui a permis d'aller chercher, par une petite incision inoffensive faite à la jonction du nez et de l'orbite, un projectile qui avait pénétré loin de là au niveau de l'arcade zygomatique.

Cette intervention rentre dans le cadre des interventions consécutives et nous ne saurions qu'approuver M. Mauclaire de n'avoir pas voulu intervenir immédiatement, alors que son malade était en pleine commotion cérébrale et que rien ne lui permettait de préciser le siège du projectile. La radiographie n'était pas de mise à cette période, elle eût nécessité le transport du blessé dans le laboratoire, l'application d'un bâti plâtré pour immobi-

liser la tête, et toutes ces manœuvres n'auraient pu que nuire au patient.

La 2e obversation, de MM. Malapert, Mauclaire et Contremoulins, est analogue à la précédente :

En octobre 1900, le nommé L. M..., âgé de vingt ans, se tire deux balles dans la région temporale droite avec un revolver calibre 9. Aussitôt après, il est transporté à l'Hôtel-Dieu de Poitiers. Il est en état de commotion cérébrale. M. Malapert nettoie la plaie, enlève les esquilles des fragments du tissu cérébral, désinfecte complètement la région et extirpe une des balles, qui est aplatie contre le temporal. L'autre balle est pénétrante. Grâce à ce traitement, il ne survient aucune complication infectieuse ; le malade guérit de sa plaie. Il garde une céphalalgie assez tenace et siégeant toujours dans la région frontale. Actuellement (décembre 1900), il ne présente aucun autre accident.

Le malade est conduit à Paris, et il entre dans le service de M. le professeur Le Dentu à l'hôpital Necker. M. Mauclaire fait radiographier le malade par M. Contremoulins. Celui-ci localise la balle dans l'hémisphère cérébral du côté opposé, à 2 ou 3 centimètres de la paroi interne du crâne, et approximativement au niveau de l'extrémité postérieure de la deuxième circonvolution frontale gauche. Grâce à cette localisation, l'extirpation de la balle paraît relativement facile. Aussi, en raison de cette facilité, l'extirpation de la balle est proposée au malade, qui l'accepte avec empressement. L'opération est faite par M. Mauclaire le 15 décembre 1900.

Une couronne de trépan de 2 cent. 1/2 de diamètre est appliquée au point précisé par M. Contremoulins. La rondelle osseuse est mise dans une compresse stérilisée, la dure-mère est incisée en croix. La circonvolution célébrale sous-jacente paraît saine. On explore avec un stylet la profondeur de cette circonvolution et on rencontre la balle très peu déformée à une profondeur de 2 centimètres environ. Elle est extirpée avec une pince à griffes. Suture de la dure-mère. Réapplication de la rondelle osseuse. Petit drain de sûreté, car le cuir chevelu saignait beaucoup. Il est enlevé le quatrième jour. Guérison très rapide, sans accident.

Je voudrais à ce propos vous rapporter quelques cas de ma pratique. Depuis le 15 août 1898, j'ai eu l'occasion de recourir *sept fois* à la recherche de projectiles intra-crâniens, et sept fois j'ai eu recours à l'appareil de Contremoulins ; j'ai publié dans la *Presse médicale* (20 décembre 1899, p. 353) et à l'Académie de médecine (séance du 31 octobre 1899) quelques-uns de ces faits alors qu'ils étaient rares et que la méthode de M. Contremoulins avait besoin de crédit. Les résultats que j'en ai obtenus ont été vraiment remarquables.

Je diviserai mes observations en deux groupe : 1° Projectiles

siégeant en dehors et à la base du crâne (ces faits ne sont pas les moins intéressants); 2° projectiles intra-crâniens.

J'ai dû dans deux cas aller à la recherche de projectiles logés *dans la base du crâne.* Ma première opérée était une femme qui avait reçu cinq coups de revolver. Plusieurs balles avaient été extraites ou abandonnées, mais l'une d'elles, siégeant dans la région maxillo-pharyngienne, provoquait des troubles qui nécessitaient l'intervention. Le repérage du projectile fut fait par M. Contremoulins, le 16 novembre 1899, et j'allai, par une incision rétro-maxillaire, chercher la balle située derrière la tubérosité maxillaire supérieure. La tige conductrice me permit un minimum de délabrement, et je pus ménager tous les organes de la région. Chez un autre malade qui s'était tiré une balle de revolver sous le menton, le 23 octobre 1899, la radiographie montra le projectile au-dessus du voile du palais, dans la région ptérygoïdienne. Le compas fut disposé de façon à aller chercher la balle à travers le voile du palais par la voie buccale. Je trouvai le projectile, je le mobilisai; il s'était fragmenté, si bien que j'en eus la moitié; l'autre fut déglutie, car la radiographie faite à la sortie du malade de l'hôpital montra qu'il n'y avait plus trace de la balle.

Cinq fois j'ai extrait des projectiles *intra-crâniens* et intra-cérébraux (dans tous ces cas, il s'agissait d'interventions pour des accidents secondaires ou tardifs, datant de 12 jours à 1 an). Dans ces cinq cas, j'ai employé l'appareil Contremoulins, et j'ai réussi à extraire le projectile et à guérir mes cinq opérés. Dans quatre de ces opérations, j'ai été par le chemin le plus court et le moins dangereux sur le corps étranger. Le fait le plus remarquable que j'aie observé a trait à l'un de mes malades entré dans mon service, salle Chassaignac, le 16 juin 1899. Dix jours auparavant, cet homme se serait tiré accidentellement *une seule* balle de revolver de 7 millimètres dans la région temporale droite. Pendant cinq jours, il n'eut aucun trouble cérébral, mais, depuis ce temps, il est dans un état de somnolence continuelle dont on ne peut le tirer qu'en lui parlant à haute voix. La région blessée est le siège d'un écoulement séreux, louche, peu abondant; la température est à 37°5, 37°9. La radiographie montre *deux* projectiles et détermine la position exacte des deux corps : un petit fragment aplati siège à droite dans la fosse temporale, un fragment plus volumineux se trouve dans l'hémisphère cérébral gauche, à un peu plus de 4 centimètres 1/2 de profondeur par rapport aux téguments. La forme de ces deux corps permet de croire qu'il s'agit d'un seul projectile qui s'est fragmenté en deux au moment de sa pénétration sur les os du crâne. J'interviens le 20 juin 1899. Je fais d'abord une incision à la partie supérieure de la fosse temporale

gauche; je trépane l'os, j'incise la dure-mère, puis le cerveau. On applique le compas de Contremoulins; l'aiguille, poussée dans le cerveau, rencontre exactement le projectile à l'endroit indiqué, d'où on l'extrait.

A *droite*, l'extraction du projectile est aisée, grâce aux renseignements fournis par l'aiguille du compas qui indique que le fragment, aplati, est à 25 millimètres au-dessus de l'orifice de pénétration, du côté de l'orbite.

Le malade est sorti guéri le 26 août 1899.

Dans un intéressant mémoire, notre collègue de l'armée, M. Ed. Laval (1), a rassemblé tous les faits de radiographie intracrânienne exécutée suivant diverses méthodes, et appliquée à la recherche de projectiles logés dans la tête; il a analysé les méthodes de radiographie capables de conduire sur le corps étranger, et il donne 22 opérations avec 19 succès et 3 insuccès. Pour ma part, l'étude comparée des différents procédés radiographiques me conduit à regarder les procédés de Morize, de Davidson et de Hedley comme inférieurs à l'appareil de Contremoulins. Si, pour les projectiles situés dans l'épaisseur du crâne ou sous la dure-mère, on peut se contenter d'un procédé simple à la portée de tous les radiographes, — la méthode des deux fils à plomb par exemple, — il en est tout autrement pour les projectiles intra-crâniens et intra-cérébraux. Ici l'exactitude mathématique est indispensable, l'économie d'incision du tissu nerveux s'impose, et cette économie ne peut être réalisée que par une localisation précise des corps étrangers. Or le compas donne vraiment des renseignements excellents à cet égard, et il possède le grand avantage de vous guider constamment pendant toute la durée de l'opération; l'aiguille indicatrice ne nous permet pas de nous égarer.

L'application de l'appareil de Contremoulins à la recherche des balles logées dans le crâne ou dans la face a été faite dans 31 cas; la balle a été sentie chaque fois. Dans deux cas elle a été repoussée plus profondément dans les essais d'extraction, et elle a dû être abandonnée. 28 fois l'extirpation a pu être faite. Une fois, une esquille fut prise pour un fragment de balle. Celle-ci était restée contre la paroi osseuse.

Tels sont les faits que je voulais rapprocher de l'observation intéressante de M. Mauclaire. Ils prouvent que l'appareil de Contremoulins est d'une précision remarquable dans la recherche des balles dans le crâne, mais ils prouvent en plus la possibilité et

(1) *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 3 janvier 1900, n° 44, p. 517.

l'efficacité de son application aux corps étrangers situés sur la face externe de la base du crâne. Son ingénieux mécanisme permet sans aucune préparation spéciale de l'adapter séance tenante à la recherche d'un projectile à travers la cavité buccale et le voile du palais.

En somme, l'appareil de M. Contremoulins a fait faire un pas considérable à l'exploration intra-crânienne, et je ne sache pas qu'il existe au monde d'appareil plus parfait que le sien; tout ce que j'ai vu à l'étranger lui est notablement inférieur; et si j'ajoute que l'inventeur s'est toujours mis à notre disposition à tous avec la plus parfaite complaisance, je ne ferai que rendre un juste hommage à ce précieux collaborateur de la chirurgie. Je vous propose donc de lui adresser nos félicitations, d'adresser nos remerciements à M. Mauclaire et de le placer dans un rang honorable lors de nos prochaines élections pour la place de membre titulaire de notre Société.

M. Michaux. — Je demande à vous rapporter un fait qui vient à l'appui des conclusions de M. Tuffier, sur la précision et la haute portée pratique de l'appareil de M. Contremoulins.

Avant de connaître cet appareil, j'avais eu à intervenir dans un cas de projectile de la base du crâne. N'ayant à ma disposition qu'une radiographie insuffisante dans ce cas particulier, j'allai à la recherche de ce projectile que je croyais logé dans les cellules ethmoïdales. Mon opération, malgré son étendue, les recherches minutieuses auxquelles je me livrai, ne me permit pas de retrouver le corps du délit.

Quelques mois après cette intervention blanche, je pus cette fois, grâce à l'appareil de M. Contremoulins, reconnaître la situation exacte du projectile; il était logé dans la paroi interne de l'orbite du côté opposé, à 3 centimètres du rebord. Son extraction fut des plus simples.

Je m'associe donc à l'appréciation élogieuse que mon collègue vient de porter sur l'appareil de M. Contremoulins.

Trois cas de plaies pénétrantes de l'abdomen,
par le Dr Auvray.

Rapport par M. ROCHARD.

M. Auvray nous a adressé six observations de plaies pénétrantes de l'abdomen. De ces six observations, trois ont déjà été communiquées au Congrès de chirurgie de 1899 et ont été publiées dans

le compte rendu de ce Congrès; je les passerai donc sous silence pour me conformer à nos statuts et je ne retiendrai que les trois dernières.

Voici la première; elle a trait à une *plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver de 9 millimètres.* M. Auvray nous dit :

Le blessé a été admis pour une plaie de l'abdomen par balle de revolver; la balle a pénétré au niveau de l'hypocondre gauche, immédiatement au-dessous du rebord costal. Au moment où je vois le blessé, il y a déjà quatorze heures que l'accident est arrivé. Le malade a tous les signes d'un début de péritonite : des vomissements, le facies grippé, un pouls rapide et surtout une contracture manifeste des muscles de la paroi abdominale.

Je pratique immédiatement l'intervention. Je fais une laparotomie médiane, à laquelle je joins une incision oblique parallèle au rebord thoracique gauche pour avoir du jour. Je porte mes investigations vers l'hypocondre gauche, et je trouve les lésions bien limitées à cette région. Rien du côté de l'estomac. La rate est également indemne. Les anses de l'intestin grêle, congestionnées, agglutinées par des fausses membranes, nageant déjà dans le pus, sont le siège de quatre perforations. L'intestin grêle a été deux fois perforé de part en part; la balle s'est arrêtée au contact de la paroi du côlon transverse, qu'elle a perforé, mais sans tomber dans la cavité du gros intestin. Je la trouve au voisinage du côlon, au milieu des anses grêles. Elle est du calibre de 9 millimètres. La péritonite est déjà généralisée à tout l'abdomen. Les cinq orifices de perforation étaient situés assez exactement sur une même ligne transversale qui répondait au point de pénétration de la balle dans la paroi abdominale.

Ces cinq perforations sont suturées par deux plans de suture à la soie fine. Les matières épanchées et le pus sont autant que possible épuisés avec des compresses. Je ferme la paroi abdominale après avoir établi un sérieux drainage de la cavité péritonéale.

Le malade *mourait* le lendemain de péritonite.

Comme on le voit, M. Auvray, appelé quatorze heures après le coup de feu, s'est trouvé en présence d'une péritonite septique déterminée par quatre perforations de l'intestin et a fait pour le mieux ; mais, comme il arrive dans les cas semblables, le malade est mort malgré une intervention bien pratiquée.

Dans les deux dernières observations, il s'agit de *plaies pénétrantes de l'abdomen par coup de couteau.*

Je transcris les notes de M. Auvray :

Hôpital Cochin. Service de M. le Dr Quénu. Chirurgie de garde.

H..., quarante ans, journalier. A reçu un coup de couteau long et pointu qui a pénétré à travers le muscle grand droit antérieur, un peu à gauche et au-dessus de l'ombilic. L'accident est arrivé cinq ou six heures avant le moment où je suis appelé à examiner le blessé.

Pouls, 99. Température, 37°3. Respiration un peu accélérée. Visage abattu. Ni vomissement, ni selles sanglantes; le blessé avait absorbé quelques aliments, environ une heure avant l'accident. Le ventre est légèrement météorisé et sonore à la percussion. Il n'y a pas de point particulièrement douloureux à la pression, ni de rétraction bien manifeste de la paroi. Pas de matité dans les flancs. La plaie de la paroi abdominale a abondamment saigné. Mais le malade ne peut me dire à quelle profondeur a pénétré le couteau. J'hésite sur l'existence d'une lésion profonde ; mais la rapidité du pouls, le facies, la largeur de la plaie de la paroi, qui mesure de 3 à 4 centimètres, ce qui me fait penser que le couteau s'est profondément engagé, et qui a abondamment saigné, le météorisme abdominal, tout cela me porte à croire qu'il y a eu pénétration dans l'abdomen et à opérer.

Laparotomie latérale : Incision de 12 à 15 centimètres, passant dans l'épaisseur du muscle droit et coupant perpendiculairement la plaie produite par le couteau. Nombreux caillots accumulés dans l'épaisseur du muscle sectionné. A l'ouverture du péritoine, on constate l'épanchement d'une petite quantité de sang dans la cavité abdominale. Je saisis l'épiploon et l'amène dans la plaie pour en faire l'inspection. J'y vois, en un point voisin de l'insertion de l'épiploon, sur le côlon, une ecchymose peu étendue. *Un vaisseau de l'épiploon donne du sang sous forme de jet.* La ligature en est faite aisément. L'ecchymose a diffusé en avant et en arrière du côlon sur ses parois. Mais celui-ci ne semble pas touché. Je me contente de suturer aux trois fils de soie une toute petite ouverture du méso-côlon. L'intestin, examiné en totalité, ne présente aucune lésion. Il est seulement distendu par des gaz et tend à s'échapper par la plaie de la paroi.

La paroi est soigneusement désinfectée sur le trajet de la plaie, et suturée en deux plans, un séro-fibro-musculaire, un cutané. L'opération a duré une heure environ.

Guérison. — Mais il est survenu un abcès superficiel de la paroi (entre le plan musculaire et la peau), dû probablement à une désinfection insuffisante de la peau ou du trajet du couteau dans ses parties superficielles.

Plaie pénétrante par coup de couteau de la poitrine et de l'abdomen.

H..., trente ans, opéré d'urgence à l'hôpital Beaujon, le 15 avril 1900. Il a reçu, à 9 heures du matin, le même jour, dans une querelle, un coup de couteau qui a pénétré dans le septième ou huitième espace intercostal gauche (?), sur la ligne axillaire prolongée. La plaie à ce niveau présente à peu près 2 cent. 1/2 de largeur. Le blessé ne s'est aperçu de la lésion que quelques instants après l'accident, en se déshabillant. Il n'a pas eu de syncope, il n'a ni craché ni vomi le sang, pas de sang dans les selles. Amené à l'hôpital, son état général est bon, il a pu monter à pied dans la salle de l'hôpital. *Mais, par la plaie thoracique, sort une portion d'épiploon longue de 10 centimètres environ.* Elle est étranglée dans la plaie cutanée. Il y a là une indication formelle à l'intervention : l'issue de l'épiploon s'est faite à travers une

plaie du diaphragme et consécutivement à travers la plaie de la paroi. Je désinfecte d'abord soigneusement l'épiploon hernié et je le résèque. Puis je fais la laparotomie latérale pour aller saisir l'épiploon au niveau de la plaie du diaphragme et le ramener dans l'abdomen. J'exerce une assez forte traction pour dégager l'épiploon de la plaie diaphragmatique qui l'étrangle. A ce moment, l'air a dû pénétrer dans la poitrine, car j'ai entendu un bruit spécial, et je constaterai le pneumothorax à la fin de l'opération; mais celle-ci n'en sera pas moins conduite à bien sans aucun incident du côté de l'anesthésie. (Je dois dire que j'avais constaté qu'il n'existait pas de pneumothorax avant l'opération.)

Faisant alors récliner la masse intestinale en dedans, je parviens, non sans de très grandes difficultés, à percevoir la plaie du diaphragme, qui mesure 2 centimètres environ; mais il faut la fermer, et là est la difficulté. Je prolonge mon incision verticale de la paroi par la partie supérieure parallèlement au rebord costal, pour me donner du jour. Et malgré cela, je crains pendant quelques instants de ne pouvoir suturer la plaie, que je ne peux pas atteindre. Je songe alors à réséquer le rebord costal gauche, comme je l'ai proposé au Congrès de chirurgie (octobre 1899). Mais, pour ne rien faire d'inutile, je fais une deuxième tentative de suture, et je parviens à bout d'aiguille à passer un fil de catgut de part et d'autre de la solution de continuité et à le nouer dans la profondeur à bout de doigt. C'est la saillie formée par le rebord osseux saillant du thorax qui me gêne dans mes manœuvres.

Ceci fait, j'inspecte l'estomac, la rate, sans rien y constater d'anormal. En inspectant le gros intestin au voisinage de la portion d'épiploon que j'avais liée, je constate l'existence d'une plaie circulaire, des dimensions d'un gros pois, sur la face externe du côlon descendant. Je la ferme par deux plans de sutures superposés. Sur la paroi opposée existe une deuxième perforation, qui siège au voisinage du méso-côlon. Je l'oblitère par trois points de suture. Les sutures ont été faites à la soie. Je nettoie avec soin la région et je draine avec un gros drain entouré de gaze stérile, placé entre la paroi latérale gauche du côlon descendant et la paroi abdominale. J'ajoute qu'il n'y avait pas de matières intestinales épanchées dans le péritoine, et pas d'odeur fécale. La paroi est fermée par trois plans de sutures superposés. L'opération avait duré deux heures.

Suites. — Le lendemain de l'opération la température est montée à 38°2, mais l'état général est bon, le pouls est à 90, plein, fort; cependant il existe un peu de gêne respiratoire. Pas de vomissements, pas de hoquet. Le troisième jour on enlève drain et gaze, rien d'anormal; on remplace par un tube plus petit comme calibre. Il y a eu de l'élévation de température à 38°-38°4. Le malade, qui a du pneumothorax, tousse, et on a été obligé d'appliquer des ventouses.

Peu à peu le calibre du drain est réduit; mais, entre la peau et les muscles, il s'est développé un abcès qui est probablement dû à une infection d'origine cutanée. Le malade conserve pendant quelque temps une ulcération superficielle, mais pas au niveau du trajet du drain qui s'est rapidement fermé.

Ces deux cas de plaies pénétrantes de l'abdomen me donnent l'occasion de revenir sur le rapport qu'a fait mon collègue et ami, M. Chaput, à propos d'une plaie du cæcum par coups de couteau, guérie par M. Morestin.

M. Chaput insiste, comme il l'avait fait en 1895 à propos d'une de mes observations, sur la nécessité d'examiner tout l'intestin et même, au besoin, de l'éviscérer quand on se trouve en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau.

Dans mon travail, je n'étais pas de cet avis, et j'établissais qu'il fallait faire une distinction entre les plaies par armes à feu et les plaies par instruments tranchants. Dans les premières, les lésions sont multiples, peuvent siéger dans toutes les régions, et l'examen complet du tuyautage intestinal s'impose. Dans les secondes, quand on n'a pas affaire, bien entendu, à des armes qui ont traversé l'abdomen de part en part, mais à des coups de couteau comme ceux qu'on constate souvent dans les services hospitaliers, les lésions sont limitées et il suffit d'examiner sur une certaine étendue les organes avoisinant la plaie, pour trouver toutes les lésions qui ont été produites par le coup vulnérant.

Je suis resté dans les mêmes idées, et il me semble que les observations que je viens de citer et celle de M. Morestin me donnent raison. Ce chirurgien s'est borné à suturer la plaie du cæcum sans dévider l'intestin ; son malade a guéri. M. Auvray, dans une de ses observations, a suturé deux plaies du côlon descendant sans examiner l'intestin, et son malade a guéri. Dans l'autre observation, il a fait l'inspection totale du tube intestinal et n'a rien trouvé, et j'ai, par devers moi, deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen constatées par la laparotomie avec ou sans issue de l'épiploon, dans lesquelles je me suis borné à constater l'absence de plaies intestinales au niveau de la blessure, et mes malades ont guéri. Ces cas, du reste, sont nombreux.

Je continue donc à penser qu'*il peut être dangereux, dans une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau, de dévider tout l'intestin*, surtout quand on a déjà constaté une plaie sur celui-ci et qu'on risque d'infecter le péritoine dans ces manipulations, et *j'estime qu'on peut se borner à un examen limité de la région voisine de la blessure.*

A propos de l'observation de plaie pénétrante par coup de couteau de la poitrine et de l'abdomen, M. Auvray touche un point intéressant de l'acte opératoire, c'est la suture du diaphragme, suture qui s'impose pour éviter la hernie consécutive. Frappé de

la difficulté de faire cette suture à une grande profondeur, il étudie le moyen de se donner du jour et propose la *résection du rebord costal gauche*, pratiquée dans les conditions analogues à celles où on l'exécute sur le rebord costal droit pour certaines opérations concernant la face supérieure du foie.

La résection des 7e, 8e, 9e, 10e cartilages costaux, d'après le procédé décrit par Monod et Vanverts, donne une voie très large sur les régions les plus élevées de l'estomac. M. Auvray a fait des expériences cadavériques et voici le procédé qu'il propose : « Mener une incision oblique sur le rebord costal gauche, laquelle rejoint à la partie supérieure l'incision verticale de la laparotomie; faire descendre cette incision oblique en dessous de la 10e côte, tandis que par la partie supérieure elle remonte à l'appendice xyphoïde ; libérer la face profonde du lambeau supérieur pour bien découvrir les 7e, 8e, 9e, 10e articulations chondro-costales; pratiquer à l'aide des ciseaux la section des cartilages et des organes remplissant l'espace intercostal. La section intéresse les 9e et 10e côtes, au niveau des 9e et 10e articulations chondro-costales, le 8e cartilage costal à 1 centimètre en avant de la 8e articulation chondro-costale. Faire enfin sauter le pont cartilagineux qui unit le 8e cartilage costal au 7e pour détacher complètement le volet thoracique. En passant exactement aux points indiqués, on évite la blessure de la plèvre. Il reste à sectionner les insertions du muscle transverse et du diaphragme de haut en bas, le bistouri rasant la face profonde du volet ostéo-musculaire, le lambeau étant abaissé de la main gauche. »

En somme, M. Auvray se conforme en tout point à la description de l'opération donnée par Monod et Vanverts pour donner accès sur le foie.

Ce procédé appliqué aux plaies gauches du diaphragme n'a pas encore été employé sur le vivant, et, tout en le considérant comme possible sans en avoir fait l'expérience, je lui adresse le reproche d'être peut-être un peu compliqué, d'exposer, s'il n'est pas méthodiquement pratiqué, à une seconde blessure de la plèvre, et surtout de ne pas parer à toutes les difficultés de la suture du diaphragme. Ce n'est pas seulement la profondeur de la plaie du dôme diaphragmatique qui rend la suture presque impossible, mais c'est la présence de l'estomac, du côlon, organes difficiles à maintenir et qui viennent toujours se présenter sous l'aiguille, qui rend cette suture dangereuse.

Il est une autre voie qui a été suivie pour suturer les plaies du diaphragme : c'est *la voie transpleurale*. Postempski Paolo, en 1890, dans les bulletins de l'Académie royale de médecine de Rome, en citait déjà sept cas, dont trois personnels, avec sept

guérisons, sans hernie consécutive; ce sont là des chiffres encourageants. Le procédé est assez simple : on agrandit la plaie faite par l'instrument tranchant, de façon à faire une bonne désinfection des parties intéressées, on résèque une ou deux côtes afin de se donner du jour et on se trouve vis-à-vis de la plaie diaphragmatique, facile à aborder. Quand on l'a reconnue, on referme hermétiquement la plaie thoracique. Le pneumothorax constaté n'est pas en question puisque, par le fait même du traumatisme ou par le fait de l'intervention, il est presque fatalement produit Il n'a du reste pas les inconvénients qu'on pourrait croire. M. Auvray a constaté que sa formation n'avait pas gêné l'anesthésie et qu'il s'est résorbé en quelques jours; c'est ce que Postempski a constaté dans ses différentes opérations, et ce que nous avons constaté nous-même dans des opérations pratiquées sur le chien à propos de recherches faites sur l'emploi de la voie transpleurale dans la hernie diaphragmatique étranglée (1).

M. Walther. — J'ai été, il y a sept ou huit ans, appelé à intervenir pour une plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen par coup de couteau. Voici dans quelles conditions : un homme avait reçu d'un individu inconnu un coup de couteau à la base du thorax, du côté gauche. Il n'était pas tombé, il avait même pu poursuivre son agresseur, le saisir et le remettre aux mains des agents. C'est au commissariat de police qu'il se plaignit d'une douleur du côté gauche et qu'on constata sur le thorax la présence d'une tumeur. On le transporta immédiatement à l'hôpital Beaujon, où je fus appelé comme chirurgien de garde.

Je trouvai une plaie verticale de 4 ou 5 centimètres environ, siégeant sur la base du thorax à gauche et masquée par une énorme masse d'épiploon.

J'agrandis la plaie cutanée et débridai même la paroi. L'épiploon tout entier, une grande partie de l'estomac purent être tirés hors de la plaie et examinés. Il n'y avait pas de lésion de l'estomac, mais seulement une plaie d'artère épiploïque. Je fis la résection de tout l'épiploon.

Pour ce qui est de la plaie du diaphragme, je la traitai comme nous avons habitude de faire dans tous les cas où, de parti pris, nous traversons la plèvre pour aborder le foie; je suturai de chaque côté la lèvre de la plaie diaphragmatique à la lèvre correspondante de l'incision de la paroi thoracique par des points en capiton. La paroi fut ensuite réunie, puis les couches superfi-

(1) Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique étranglée, Schwartz et Rochard, *Revue de Chirurgie*, septembre 1892.

cielles. Le résultat fut excellent et je crois me souvenir que j'ai présenté ce malade quelque temps après à la Société de chirurgie.

J'insiste sur ce procédé de suture parce qu'il peut rendre, je pense, de réels services. Le plus souvent, en effet, les plaies du diaphragme siègent sur la portion verticale du muscle, près du cul-de-sac costo-diaphragmatique, et cette fixation rapide et relativement facile du diaphragme à la paroi a le grand avantage d'éviter autant que possible le pneumothorax.

Chez mon malade, il n'y eut pas ou presque pas d'entrée d'air dans la plèvre et, les jours suivants, il n'y eut aucune réaction pleurale.

M. TUFFIER. — Je veux dire quelques mots à propos de la première partie du rapport de M. Rochard et répéter ce qu'il a affirmé avec beaucoup de vérité, à savoir que l'éviscération était une chose inutile.

Je viens d'observer à Lariboisière un cas de plaie de l'abdomen qui me paraît intéressant à rapporter. Un rôdeur de barrière reçoit, à 10 heures du soir, un coup de couteau dans l'hypocondre gauche ; à 2 heures du matin, il est apporté à l'hôpital, où je le trouve le lendemain matin à 9 heures. Par la plaie occasionnée par le coup de couteau s'écoule un liquide séreux abondant qui me fait porter le diagnostic de plaie pénétrante de l'abdomen. Une exploration au stylet confirme cette pénétration. J'agrandis en haut et en bas le trajet. Je trouve du pus en quantité considérable dans le petit bassin. Il y avait certainement plus d'un litre d'un liquide séro-purulent. — J'examine l'intestin autour de l'orifice pour voir s'il était perforé et je ne trouve aucune lésion. Comme, d'autre part, le liquide n'avait aucune odeur, qu'il ne contenait pas de sang, j'abandonnai l'idée d'une lésion de l'intestin et me contentai de bien nettoyer et d'assécher le bassin. Je drainai l'abdomen et le malade guérit.

Le liquide recueilli pendant l'intervention fut ensemencé. On ne trouva nulle trace de coli-bacille ; seulement du staphylocoque blanc et du streptocoque. Cette absence de coli-bacille me rassura complètement sur l'absence de plaie de l'intestin.

Il y a peut-être là un élément de diagnostic rétrospectif pour les plaies intestinales.

M. DELORME. — Comme M. Rochard, je pense que quand, dans une plaie thoraco-abdominale, on veut découvrir le diaphragme pour le suturer, la voie thoracique est bien préférable à la voie abdominale.

Lorsqu'on a recours à la voie abdominale, en effet, on est gêné

à droite, par le foie, dont les déplacements sont si limités, si difficiles, et, à gauche, par des organes creux, dont la mobilité entrave les manœuvres du chirurgien. Au contraire, quand on pénètre par la poitrine, ces derniers organes, qui seuls pourraient embarrasser, n'embarrassent guère l'opérateur. Avec les doigts, la pression d'une compresse, d'un instrument mousse, il peut les déplacer.

Ce point établi, un autre me paraît bien utile à déterminer : c'est le lieu où doit porter le débridement pariétal. Je crois que l'ablation chondro-costale, je devrais dire costale, doit intéresser la sixième côte en avant et sur les côtés, et la septième en arrière. Sacrifier des cartilages ou des côtes inférieures, c'est s'exposer à compromettre les insertions diaphragmatiques; nuire par le fait à un organe dont on cherche à rétablir l'intégrité ; sectionner plus haut, c'est dépasser le niveau de la convexité du muscle.

Grâce à cette résection de la sixième et de la septième côte, on découvre les plaies diaphragmatiques supérieures ; quant à celles qui portent sur la partie oblique du diaphragme, on les découvre aisément en se reportant un peu en bas dans l'incision.

Si, ayant eu à inciser d'abord la paroi abdominale pour réparer des lésions importantes de ses organes, on reconnaissait utile d'ouvrir la poitrine pour atteindre le diaphragme, je préférerais réséquer la sixième côte en avant et sur les côtés ou la septième en arrière plutôt que de comprendre dans la section des cartilages costaux qui donnent attache au diaphragme, et cela pour deux raisons à la fois : pour ne pas compromettre son intégrité et aussi parce que les cartilages costaux se réparent difficilement et peu solidement.

M. Chaput. — Je n'ai pas dit qu'il fallait toujours faire le dévidement dans tous les coups de couteau de l'abdomen, car j'ai approuvé M. Morestin de n'avoir pas fait le dévidement, parce que, dans son cas, la direction du traumatisme, de dedans en dehors, démontrait d'une manière absolue que l'intestin grêle n'avait pas été blessé.

Je pense, en effet, que dans les plaies de la région épigastrique et des hypocondres, lorsque la direction du traumatisme rend impossible la blessure de l'intestin grêle, on peut s'abstenir du dévidement.

Mais dans tous les cas où l'on n'a pas la certitude absolue que l'intestin grêle est intact, on a le devoir impérieux, urgent, d'examiner l'intestin grêle ; car il est inadmissible qu'on referme un ventre sans avoir la certitude absolue de l'intégrité intestinale.

Il ne faut d'ailleurs pas confondre le dévidement avec l'éviscé-

ration. On peut dévider tout l'intestin par une incision étroite, en rentrant l'intestin au fur et à mesure qu'on le tire au dehors.

L'éviscération n'est indiquée que dans les hémorragies graves de l'abdomen. En pareil cas, le temps est précieux, le malade laisse écouler sa vie avec son sang et il importe de trouver rapidement la source du sang. Il faut alors fendre la paroi largement et sortir tout l'intestin grêle sur des serviettes ; on trouve alors la source de l'hémorragie en quelques instants.

Relativement à la suture du diaphragme, je dirai que j'ai opéré en 1895 un homme qui avait reçu un coup de couteau dans le huitième espace intercostal ; l'épiploon sortait par la plaie. Je débridai l'espace intercostal, réduisis l'épiploon et pus facilement suturer le diaphragme sans résection costale et sans pneumothorax.

Si on constate la plaie diaphragmatique au cours de la laparotomie, on essaiera de la fermer par cette voie ; si cela est très difficile, on réséquera une côte au niveau du point le plus rapproché de la perforation et on fera la suture par la face supérieure du diaphragme.

M. Poirier. — La voie transpleurale m'a semblé indiquée dans un cas où une plaie thoracique coexistait. Je n'ai pas eu à me préoccuper du pneumothorax, car il s'était déjà produit. Je ne crois pas d'ailleurs qu'il faille s'effrayer outre mesure de cette complication, car je l'ai vue se produire sans inconvénient dans plusieurs opérations de kystes hydatiques du foie.

M. Tuffier me permettra de lui dire qu'il ne faut pas trop compter sur la culture des microbes recueillis au coursde l'opération pour faire le diagnostic de la pénétration de l'intestin, car vingt-quatre ou trente-six heures sont nécessaires pour cultiver ces microbes, et pendant ce laps de temps la lésion intestinale fait ses ravages et tue le malade.

D'ailleurs, la présence du coli-bacille peut exister dans le liquide intestinal, sans qu'il y ait de lésion de l'intestin.

M. Tuffier. — J'ai voulu dire que dans les cas où l'exploration limitée n'a pas fait constater de plaie de l'intestin, il peut rester un doute pendant les jours suivants, mais l'absence de coli-bacille dans la sérosité péritonéale nous rend plus sûr encore qu'il n'y avait pas de lésion de l'intestin.

M. Michaux. — Je ne partage pas l'opinion de certains de mes collègues sur l'innocuité du pneumothorax. Je pense que dans ces cas il faut imiter la conduite de M. Walther et atteindre le dia-

phragme par la partie inférieure. On peut ainsi limiter le pneumothorax.

Le pronostic me semble plus favorable dans ces cas de pneumothorax limité que lorsqu'il existe un pneumothorax complet.

M. Bazy. — Je n'aurais pris la parole sur cette question, tous les orateurs ayant été d'accord pour affirmer l'innocuité du pneumothorax chirurgical, si mon ami Michaux n'avait affirmé la gravité du pneumothorax.

J'ai défendu ici, vous vous en souvenez, la thèse de l'innocuité du pneumothorax chirurgical et j'ai présenté, ici même, il y a environ un an, un malade auquel j'avais dû faire une résection du cartilage de la quatrième côte pour un chondrome deux fois récidivé.

Je savais que je devais ouvrir la plèvre pour faire cette ablation totale et prévenir la récidive; aussi ai-je pris mes précautions en conséquence.

J'ai fait cesser le chloroforme et n'ai permis la formation que d'un pneumothorax progressif.

Grâce à ces précautions, quoique la plèvre fût incisée dans le point le plus dangereux et sur une étendue d'une pièce de 5 francs en argent, nous n'avons pas eu la moindre émotion.

Notre collègue Hennequin, qui assistait à l'opération, en a été lui-même frappé.

Et cependant le poumon était absolument rétracté contre la colonne vertébrale.

C'était un pneumothorax total ; il s'agissait d'un homme de cinquante-quatre ans !

M. Delorme. — Je répondrai à M. Michaux que quand on se croit autorisé, dans les plaies thoraco-abdominales, à intervenir, pour suturer le diaphragme, c'est qu'elles sont larges. Le pneumothorax existe alors.

Dans les plaies étroites, le pneumothorax chirurgical pourrait être à craindre, mais qui songerait à les oblitérer?

M. Quénu. — Je veux faire une simple remarque, c'est qu'il me semble impossible de greffer sur l'histoire des plaies du diaphragme la question si complexe du pneumothorax chirurgical. Je ne partage pas l'optimisme de M. Bazy sur l'innocuité de ce pneumothorax chirurgical.

M. Rochard. — Je suis heureux de constater que M. Chaput admet la non-nécessité du dévidement de l'intestin dans les plaies

de l'abdomen par coup de couteau, et j'estime qu'on peut dorénavant poser ce principe que dans ce genre de blessures du ventre par coup de couteau *on pourra se contenter d'une exploration limitée aux organes voisins de la blessure.*

MM. Walther et Poirier nous ont cité deux observations par voie transpleurale qui prouvent que cette méthode doit être suivie dans les plaies qui intéressent et la poitrine et l'abdomen.

Quant à la côte à réséquer, je répondrai à M. Delorme que son choix est décidé par le siège même du coup de couteau et que c'est la côte la plus proche de la plaie qui doit être réséquée.

Pour le pneumothorax traumatique je me borne à dire que dans les observations que j'ai colligées il n'a amené aucune complication.

Présentations de malades.

Rhinoplastie.

M. Nélaton présente un cas de rhinoplastie exécuté par un procédé qui lui est personnel et dont la description se trouve dans les bulletins de notre Société (13 juin 1900).

M. Berger. — Le résultat présenté par M. Nélaton est superbe. Je n'ai qu'une seule crainte, c'est qu'avec le temps le V nasal abaissé ne tende à remonter peu à peu, diminue la saillie nasale et ternisse ce magnifique résultat.

M. Poirier présente le malade qui a fait le sujet de sa communication au début de la séance.

Présentations de pièces.

Lymphadénome du médiastin.

MM. Sébileau et Lombard présentent les pièces anatomiques d'un jeune homme mort d'une tumeur du médiastin (lymphadénome).

Cet homme succomba à son quatrième accès de suffocation, sans cornage ; il n'avait présenté que des symptômes de compression cave supérieure (exophtalmie double, dilatation jugulaire, circulation sous-cutanée thoraco-ventrale inversée). Examen laryngoscopique : néant.

L'examen des pièces démontre l'existence d'une volumineuse tumeur mamelonnée, occupant toute l'étendue du médiastin antérieur, et développée surtout du côté droit.

La trachée est déviée et son calibre est déformé.

A droite, le tronc brachio-céphalique naît et chemine en pleine tumeur; cependant il n'y eut aucune différence appréciable entre le pouls droit et le pouls gauche.

La veine cave supérieure est invisible; les deux troncs brachio-céphaliques veineux sont inclus dans la tumeur et non disséquables; la jugulaire gauche a le volume de la crosse aortique jusqu'au point où elle s'engage dans la tumeur; ses parois sont artérialisées.

Le pneumogastrique droit fait un coude brusque, comprimé dans le parenchyme néoplasique par l'origine de la mammaire interne. Le récurrent droit naît dans la tumeur, y chemine et en sort tout en haut, attiré loin de l'œsophage, dont il est séparé par un gros ganglion néoplasique. Il n'y eut cependant aucun trouble de motilité de la corde vocale correspondante.

Les deux phréniques descendent, sinueux et aplatis, sur les faces latérales de la tumeur, sous la plèvre médiastine très épaissie.

Aucun trouble du jeu diaphragmatique.

Examen histologique par le Dr Milian : lymphadénome typique à fin réticulum et à petites cellules rondes, d'une remarquable pureté.

Rupture traumatique de la rate.

M. Auvray présente une rupture traumatique de la rate par chute d'un lieu élevé. Après la laparotomie, la rate a été extirpée et le malade a guéri. — M. Hartmann, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

Gérard-Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1901

Présidence de M. Richelot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. Schwartz dépose sur le bureau le livre qu'il vient d'écrire sur la *Chirurgie du foie.*

A l'occasion du procès-verbal.

M. Rochard. — Messieurs, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau deux observations de trépanation qui ont été adressées à notre compagnie par M. le Dr Frogé, chirurgien de l'hôpital de Saint-Brieuc.

Rectification au rapport fait le 12 décembre sur un mémoire de M. Chapot-Prévost.

M. Walther. — Je viens apporter une rectification au rapport que j'ai fait le 12 décembre dernier sur une communication de M. Chapot-Prévost intitulée « Nouveau procédé rapide d'hémostase du foie », rapport publié dans nos bulletins, page 1097

(18 décembre 1900). Dans ce travail, M. Chapot-Prévost avait signalé sans donner de nom d'opérateur la première intervention tentée pour désunir les deux fillettes qui constituaient le monstre double dont il nous a parlé. J'ai cru à la lecture, comme beaucoup d'entre vous en entendant ce mémoire, que c'était M. Chapot-Prévost lui-même qui avait fait cette première tentative. Il n'en est rien. C'est à une très louable réserve qu'est due l'obscurité du passage relatif à cette première intervention.

Je demande donc à modifier ainsi quelques phrases de mon rapport :

Page 1097, ligne 33, au lieu de : « Le 23 juillet, *M. Chapot-Prévost*, confiant dans les renseignements fournis par la radiographie, etc. », lire : « Le 23 juillet 1899, *un chirurgien*, etc. »

Même page, ligne 36, supprimer « nous dit-il ».

Page 1099, ligne 5, au lieu de : «L'opération devant laquelle *il* avait reculé, etc. », lire : « L'opération devant laquelle *on* avait reculé ».

Observation de plaie du diaphragme.

M. Walther. — Je vous demande la permission d'apporter quelques renseignements complémentaires et quelques rectifications à l'observation de plaie du diaphragme que j'avais citée à la dernière séance dans la discussion sur le rapport de M. Rochard.

C'est le 1er novembre 1891 que j'opérai, à 2 heures du matin, à l'hôpital Beaujon, le malade dont je vous ai rapporté l'histoire.

La plaie cutanée, masquée par l'épiploon hernié, siégeait exactement à 9 travers de doigt de la ligne médiane, à 4 travers de doigt au-dessus du rebord costal. Après débridement des couches superficielles, je constatai que la plaie du plan costal avait divisé verticalement le 7e espace, le 8e cartilage, le 8e espace.

L'épiploon hernié fut attiré avec l'estomac en dehors de la plaie, et je ne trouvai aucune lésion sur la portion herniée de l'estomac. Le blessé, du reste, avait, sous l'action du chloroforme, des vomissements purement alimentaires, sans trace de sang.

Ligature au catgut et résection de l'épiploon en 5 pédicules. Réduction de l'estomac et de l'épiploon. A ce moment, léger sifflement indiquant l'entrée d'une petite quantité d'air dans la plèvre, entrée d'air immédiatement arrêtée par le soulèvement du diaphragme accroché par l'index qui suivait le pédicule épiploïque et maintenu appliqué contre la paroi thoracique. De chaque côté, application de 3 points en U au catgut fort, pour réunir à la paroi thoracique la lèvre correspondante de la plaie du diaphragme.

Sutures du péritoine et du muscle pour fermer la brèche diaphragmatique.

Suture du périchondre du 8e cartilage. Surjet sur le grand dentelé, 12 points au crin de Florence sur les téguments.

Le malade quitta l'hôpital complètement guéri le 24 novembre.

Il a été présenté à la Société de chirurgie le 16 mars 1892.

Détermination de la situation d'un projectile dans la tête par les procédés radiographiques usuels.

M. A. Mignon. — Pour faire suite au dernier rapport de M. Tuffier, sur la recherche des projectiles de la tête, j'ai l'honneur de déposer, au nom de M. Loison et au mien, une observation d'inclusion d'une balle de revolver dans la paroi crânienne du côté droit.

On verra que l'on peut repérer d'une façon suffisante la situation d'un projectile avec le matériel radiographique courant.

Lorsqu'on ne possède pas l'appareil de Contremoulins, qui coûte un peu cher, il est possible de tirer un utile parti des procédés radiographiques usuels.

Au mois d'octobre 1900, le nommé V... fut hospitalisé pour des troubles cérébraux attribuables au séjour, depuis trois ans, d'une balle de revolver dans la tête.

C'était pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde que V... s'était tiré un coup de revolver dans la région temporale droite. Il avait aussitôt perdu connaissance et était resté subdélirant pendant cinq jours.

Depuis l'accident, le blessé était sujet à des crises nerveuses mal déterminées, à des douleurs locales et à des vertiges fort pénibles et à peu près constants.

Il existait dans la région temporale droite une petite cicatrice bleuâtre, située à deux travers de doigt en arrière de l'apophyse orbitaire externe et à un travers de pouce au-dessus de l'arcade zygomatique.

Je demandai à mon collègue M. Loison de constater la présence et de déterminer la position du projectile. Il prit, avec des précautions spéciales, deux radiographies, l'une dans le plan frontal, l'autre dans le plan sagittal.

Les rayons entrant par la tempe gauche et par l'occiput impressionnèrent dans deux poses successives une plaque appliquée contre la tempe droite, puis une autre plaque placée devant la face du sujet.

L'examen des deux plaques impressionnées a permis à M. Loison de dire que le projectile se trouvait situé à 2 centimètres environ en arrière de l'apophyse orbitaire externe droite, sur une ligne horizontale passant par cette apophyse. Il devait être enclavé dans la partie supérieure de la grande aile du sphénoïde et faire peut-être saillie du côté de l'orbite, ou plutôt du côté de la fosse sphénoïdale droite.

Je fis l'opération le 26 octobre : je pratiquai une incision verticale de 5 centimètres, dont le milieu correspondait à la cicatrice temporale.

En arrivant sur le squelette, je sentis avec le doigt les rugosités du projectile dans l'angle inféro-antérieur de la fosse temporale.

Après l'ablation de quelques copeaux osseux autour du projectile, celui-ci a été mobilisé à l'aide de pesées avec la gouge et la sonde cannelée. Il a été très facile à retirer.

Il était incrusté suivant son grand axe dans le tissu osseux. Sa pointe était aplatie et sa base normale.

Son ablation a laissé subsister une perte de substance osseuse de 7 à 8 millimètres, à travers laquelle la sonde cannelée s'arrêtait dans des tissus mous, rouges et fongueux.

Les suites opératoires ont été des plus simples; et quand le malade quitta l'hôpital, à la fin de l'année 1900, il n'avait plus ni douleurs ni vertiges.

Je ferai remarquer, en terminant, que cette observation est une preuve de plus en faveur de l'opinion exprimée incidemment par M. Tuffier, dans son dernier rapport, que les projectiles inclus dans la paroi crânienne déterminent parfois des accidents très sérieux.

Rupture traumatique de la rate; laparotomie; tamponnement. Guérison.

M. Loison. — La pièce intéressante qui vous a été présentée à la dernière séance par M. Auvray sera peut-être le point de départ d'une discussion dans votre Société sur le traitement des ruptures traumatiques sous-cutanées de la rate.

En prévision du débat futur, permettez-moi de verser au dossier une observation inédite dont le titre seulement figure jusqu'ici dans vos Bulletins. Le 12 octobre 1898, je vous ai présenté un malade que j'avais opéré deux mois auparavant pour une rupture traumatique de la rate. Ayant eu quelque temps plus tard l'honneur d'être admis au nombre de vos membres correspondants, mon travail n'a pu être rapporté.

Voici l'histoire résumée de mon malade.

Observation. — G..., vingt-trois ans, soldat au 19e escadron du train, reçoit, le 3 août 1898, un coup de pied de cheval, à faible distance, sur la face antérieure de l'hypochondre gauche. Le blessé n'est pas renversé par le coup, mais au bout de quelques minutes il se trouve mal et a deux vomissements alimentaires. L'accident eut lieu à 3 heures de l'après-midi.

Transporté à l'hôpital du Val-de-Grâce, où il arrive à 7 heures du soir, le médecin de garde lui prescrit de la glace sur le ventre et du lait comme boisson.

4 août. — A la visite du matin, le patient se plaint de souffrir un peu dans tout le ventre, mais particulièrement dans le flanc et l'hypochondre gauches.

Depuis son entrée il n'a plus eu de vomissements, pas de selles, il a uriné deux fois en faible quantité. Les urines, de coloration rouge brunâtre, ont laissé déposer quelques caillots sanguins au fond du vase. De temps en temps survient un accès de toux sèche, sous l'influence de laquelle il y a augmentation de l'intensité des douleurs abdominales. Absence de crachats sanglants.

Sur la paroi antérieure de l'hypochondre gauche, un peu en dessous et en dehors du mamelon, nous remarquons une légère éraflure de la peau, en forme de demi-cercle à concavité supérieure, constituant l'empreinte du fer du cheval. Il semble qu'il existe une fracture des septième et huitième côtes gauches, au niveau de leur partie postérieure. L'épigastre fait une certaine saillie, les hypochondres sont dilatés. Dans ces régions on trouve une sonorité tympanique remontant très haut, par suite du refoulement du diaphragme vers la cavité thoracique, surtout du côté gauche. Dans la région sous-ombilicale et les flancs, il existe une légère submatité.

Les muscles de la paroi présentent de la contracture de défense qui rend difficile l'examen de l'abdomen par la palpation; la pression est douloureuse partout, mais particulièrement au niveau de la vessie, qui est vide, et dans le flanc gauche.

Nous ne constatons rien de particulier du côté du péricarde et du cœur. Le pouls est à 80, régulier, assez fort.

L'examen de la poitrine en arrière montre l'absence de tout épanchement pleural, mais à l'auscultation de la base gauche on entend quelques râles humides. Pas de dyspnée appréciable.

Face de coloration normale. Langue sèche au milieu. Temp., 37°2.

Le blessé est maintenu au repos au lit; nous lui faisons placer une vessie de glace sur l'hypochondre gauche, et donnons quelques morceaux de glace à sucer, pour calmer la soif.

Vers 9 heures, il y a émission de 400 grammes environ d'urine parfaitement claire. Pouls, 90.

A 2 heures, miction de 300 grammes d'urine rouge sanglante.

L'après-midi à 3 h. 1/2, on nous fait appeler auprès du blessé. Les yeux sont légèrement excavés; il n'y a pas de pâleur de la face, ni de

décoloration des muqueuses. Temp., 38°4; pouls 100, régulier, mais plus faible que le matin. La langue reste sèche au milieu; ni nausées, ni vomissements ; absence de selles et de gaz par l'anus.

La toux sèche persiste, sans qu'il y ait d'oppression manifeste, ni de crachats sanglants.

Le ventre est plus développé et plus tendu que le matin, particulièrement dans la région épigastrique. Accentuation du tympanisme et du refoulement du diaphragme. Zone de matité peu étendue dans la partie déclive du flanc gauche. Vessie vide. La douleur à la pression de l'abdomen persiste, étant toujours particulièrement vive au niveau de l'hypogastre et du flanc gauche.

Le diagnostic de fracture de côtes, avec contusion du rein et de la base du poumon, du côté gauche, nous semble s'imposer; mais nous songeons également à la possibilité d'une lésion du tube digestif (estomac ou côlon) ayant provoqué un commencement de réaction du côté de la séreuse péritonéale.

Laparotomie sus-ombilicale. — Sous le chloroforme, nous procédons à l'opération ; nous sommes assisté par nos excellents collègues et amis les médecins-majors Bonnet et Moingeard. Incision verticale médiane, allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Après ouverture du péritoine, les anses intestinales, fortement distendues par les gaz, cherchent à faire issue au dehors; leur surface est légèrement rouge, de même que celle du grand épiploon.

Notre main se dirige vers l'hypochondre gauche, et aussitôt il sort un flot de sang noir, sans mélange de matières intestinales, ni de gaz.

Ne pouvant suffisamment découvrir toute la face antérieure de l'estomac et de la rate, nous prolongeons l'incision jusqu'à deux centimètres environ au-dessous de l'ombilic, en contournant la cicatrice à gauche. Nous constatons que le petit bassin est également rempli de sang noir non coagulé. En soulevant la moitié gauche de la paroi abdominale, nous remarquons quelques ecchymoses disséminées et peu étendues sous le péritoine tapissant sa face profonde.

Après avoir étanché avec des compresses de gaze la plus grande partie du sang remplissant le flanc gauche, nous refoulons l'intestin grêle, le côlon et l'estomac vers la droite, en les déprimant sous une serviette chaude, pendant qu'un aide soulève fortement avec un grand écarteur métallique la paroi costo-abdominale gauche. Nous pouvons alors apercevoir la rate, qui est petite, très élevée sous la coupole diaphragmatique, et masquée par des caillots à sa partie supérieure. Il nous faut éponger incessamment pour enlever le sang noir qui vient remplir continuellement la fosse splénique. Finalement, après avoir détaché aussi doucement que possible, et extrait les caillots qui enrobaient la partie supérieure de la rate, nous pouvons nous rendre compte, en nous aidant de l'œil et du doigt, qu'il existe une déchirure de deux à trois centimètres au moins d'étendue, divisant suivant le plan frontal le pôle supérieur de l'organe, et par laquelle le sang continue à couler. Nous explorons avec les doigts la face convexe, les

bords postérieur et antérieur et le pôle inférieur de la rate, sans avoir la sensation d'autre déchirure ou craquelure.

Le lobe gauche du foie, l'estomac et le gros intestin semblent intacts; on ne voit pas d'hémorragie se faire à leur surface, et en pressant les deux derniers organes on ne fait sourdre ni gaz, ni liquide de leur cavité fortement distendue.

Le feuillet postérieur du péritoine tapissant la face antérieure du rein ne présente aucune fissure ou déchirure évidente, et il ne paraît pas y avoir d'infiltration sanguine en arrière de lui.

Nous jugeons inutile l'exploration méthodique de l'intestin grêle.

La rupture de l'extrémité supérieure de la rate se trouve par conséquent seule en cause pour expliquer l'inondation sanguine abondante de la cavité péritonéale.

Quelle conduite allions-nous tenir? La friabilité bien connue du tissu splénique normal nous semblait contre-indiquer toute tentative de suture; d'autre part les lésions ne nous paraissaient pas suffisamment étendues pour justifier une splénectomie, la rate étant un organe sinon indispensable, du moins peut-être utile pour le bon fonctionnement général de l'organisme. Il ne nous restait guère à choisir qu'entre deux moyens d'hémostase : la thermocautérisation ou le tamponnement. Pour effectuer ce dernier, nous avons pris plusieurs longues compresses de gaze aseptique roulées dans une feuille de gaze iodoformée, puis nous avons tassé l'extrémité profonde de cette grande mèche entre la partie supérieure de la rate et le diaphragme, laissant ressortir le bout libre par l'angle supérieur de l'incision abdominale.

Après avoir évacué par expression manuelle la plus grande partie du sang contenu dans le petit bassin, sans faire de lavage intra-péritonéal, nous nous mîmes en devoir de procéder à la suture de la paroi.

Par suite de la forte distension de l'intestin, nous dûmes prendre dans des anses de soie, à points séparés, à la fois le péritoine et les tissus fibreux de la ligne blanche, étant obligés de faire tirer fortement avec des pinces sur chaque lèvre de l'incision, pour les rapprocher et pouvoir serrer les fils suffisamment. Suture de la peau au crin de Florence. Pansement ouaté compressif.

Suites opératoires, 5 *août.* — La nuit fut mauvaise, troublée par de violentes coliques. Le malade a émis spontanément 500 grammes d'urine ne contenant pas de sang. Le ventre, relativement souple, est un peu douloureux à la pression de l'hypogastre et des fosses iliaques. Temp., 38°4; resp., 30; pouls, 130, un peu faible.

Nous prescrivons de continuer les injections sous-cutanées de sérum et donnons de la glace à sucer, du champagne et une potion opiacée. Lavement dans la journée.

6 *août.* — Les coliques ont réapparu hier dans la soirée. Une selle spontanée. Quelques vomissements, 1.500 grammes d'urine claire. Le pouls reste à 140, mais il est plus fort, régulier. L'oppression est moindre que la veille; un peu de toux. Temp., 38°4 soir et 38 degrés ce matin.

8 *août.* — La fièvre augmente : 39°4 hier soir; le pouls au contraire

s'améliore, est à 84, régulier, assez fort. Les urines claires, abondantes, contiennent un petit caillot sanguin déposé au fond du vase. Nous renouvelons le premier pansement, qui est imbibé d'une certaine quantité de sang desséché. Le ventre est aplati, indolore à la pression. Nous retirons complètement une des mèches centrales du tamponnement, puis mobilisons et raccourcissons les autres.

9 *août*. — Le pouls reste bon; la température a baissé.

Nous retirons tout le tamponnement, et pansons à plat, après avoir réuni par un point de suture au crin de Florence les lèvres de la plaie de drainage.

Pendant les jours suivants, il ne se produit rien d'anormal. L'état général s'améliore. Nous continuons le sérum et la morphine et commençons à alimenter le malade. Les sutures cutanées sont enlevées; la plaie est réunie.

12 *août*. — Dans l'après-midi, en faisant un effort, le blessé a ressenti dans la région épigastrique une vive douleur qui s'est irradiée immédiatement dans tout le ventre et a été calmée instantanément par une injection de morphine. L'oppression et la toux ont pris une assez grande intensité; pas d'expectoration.

L'examen de la poitrine en avant et en arrière permet de constater l'existence de quelques râles de bronchite disséminés, plus abondants à la base gauche; à la base droite, il y a de la submatité et de la faiblesse du murmure vésiculaire; pas de souffle.

Tous ces symptômes pulmonaires s'atténuent rapidement et ont complètement disparu au bout de quelques jours.

Nous cessons progressivement tout traitement et tout régime spécial, et, à partir du 23 août, la température reste normale matin et soir.

Dans la suite, nous ne trouvons à noter que deux crises de coliques assez violentes, de la durée de quelques heures, survenues dans le courant de septembre.

Octobre 1898. — A la fin d'octobre, toutes les fonctions s'accomplissent normalement; l'exploration de l'abdomen ne dénote rien de spécial: le blessé ne ressent aucune gêne et part dans sa famille.

Juillet 1900. — G... vient nous voir au Val-de-Grâce. Sa santé générale est bonne et ses fonctions intestinales régulières. Il prétend cependant qu'il est incapable de faire des travaux nécessitant de grands efforts. La cicatrice de la paroi est linéaire et solide; le ventre souple partout, non douloureux à la pression. Le percussion de la région splénique montre que la rate a des dimensions normales.

Nous n'avons pas l'intention de commenter en détail l'observation que nous venons de relater. Nous croyons toutefois devoir faire remarquer que les cas de guérison, après intervention opératoire, dans les ruptures traumatiques sous-cutanées de la rate, sont encore relativement peu nombreux dans la science. En parcourant le récent travail de Lewerenz (1), nous voyons que les

(1) *Arch. f. klin Chirurgie*, 1900, t. LX, f. 4, p. 951.

28 cas d'intervention rassemblés par l'auteur se décomposent de la façon suivante : 25 splénectomies suivies 13 fois de guérison; 2 tamponnements avec une guérison, et une suture terminée par la mort.

Les deux cas de tamponnement rapportés appartiennent : l'un à Pierson (1), l'autre à Arpad G. Gerster (2). Le premier opéré guérit; le second mourut dix heures après l'acte chirurgical.

M. le professeur Le Dentu a communiqué à l'Académie de médecine (3) une observation de M. Paul Delbet, où la guérison eut lieu après splénectomie ; il ajoute que le malade, opéré le 3 décembre 1898, est le premier guéri en France par l'intervention pour une rupture traumatique de la rate.

Bornons-nous à faire remarquer que notre blessé a été opéré et guéri, en conservant sa rate, le 4 août 1898, quatre mois, par conséquent, avant celui de M. Delbet.

Traitement de l'appendicite.

M. Poirier. — Messieurs, le 12 juillet 1898, j'eus l'honneur de vous faire une communication sur le traitement de l'appendicite. Me basant d'une part sur l'impossibilité, quasi absolue, dans laquelle nous sommes presque toujours de distinguer, dès le début, entre les formes légères (?) ou graves, lentes ou foudroyantes, de l'affection, et d'autre part sur la bénignité relative d'une opération bien conduite, opposée aux dangers certains de l'expectative, j'avais conclu : *Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée et le plus rapidement possible.*

Mon absolutisme opératoire fut d'abord, il faut bien le reconnaître, accueilli sans enthousiasme.

Mais la longue discussion qui suivit fut un bel exemple de ce phénomène, très naturel dans une assemblée scientifique, qu'un grand nombre d'entre nous, abstentionnistes résolus au début, modifièrent peu à peu leurs opinions, accentuant progressivement leurs tendances à l'intervention, sous l'influence des arguments apportés par quelques-uns d'entre nous. Il parut que de notre discussion la lumière avait jailli et je pus, dans notre séance du 26 avril 1899, résumer, sans protestations, le long débat en

(1) *New-York méd. journ.*, 1896, 22 août, p. 271.
(2) *Report of the Department of General Surgery Mount Sinaï Hospital Reports*, 1898.
(3) *Bulletins de l'Acad. de méd.*, 1898, t. XL, p. 711.

quelques propositions, dont les deux premières étaient formulées comme suit :

La Société de chirurgie, à une très grosse majorité, reconnaît :

A. — *Qu'il n'y a point de traitement médical de l'appendicite;*

B. — *Que l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, d'urgence, comme une hernie étranglée, dès que le diagnostic est établi.*

Or, Messieurs, il faut reconnaître aujourd'hui que nos conclusions n'ont point été ou ne sont plus acceptées par nombre de membres du corps médical. J'ai eu l'occasion, dans ces derniers temps, de m'entretenir à ce sujet avec plusieurs médecins des hôpitaux : plusieurs d'entre eux ne m'ont point dissimulé leur peu de tendance à confier au chirurgien les cas d'appendicite aiguë, en présence des résultats donnés par l'opération, et leur retour à la confiance dans le traitement médical.

Dans le même temps, les sociétés scientifiques ou les congrès ont reçu un certain nombre de communications qui remettaient en discussion une question que j'avais le tort de croire définitivement réglée.

En somme, je crois ne pas exagérer en disant qu'un mouvement de réaction contre l'intervention s'est accentué au cours de la dernière année dans un certain nombre d'esprits médicaux et des meilleurs. Dans ces conditions, il vous semblera peut-être opportun d'en peser les raisons et d'en examiner les résultats.

La cause est importante à juger, car *on meurt beaucoup d'appendicite.* Je dirai qu'*on en meurt beaucoup trop*, entendant par là que la majorité des cas mortels auraient sans doute guéris s'ils avaient été traités à temps et comme il convient, *par une opération bien et largement conduite.*

A l'appui et comme contribution personnelle au débat, j'apporte soixante-quatre observations nouvelles, comprenant tous les cas de ma pratique dans ces deux dernières années. Je ne vous en infligerai pas le résumé, mais seulement une vue d'ensemble aussi courte que possible, suffisante toutefois pour en tirer des conclusions. Ces observations tirent leur intérêt non seulement de leur nombre, mais encore de ce fait que j'ai appliqué, pendant ces deux dernières années, toujours et dans tous les cas, avec absolutisme et intransigeance, la formule simpliste que j'avais préconisée et que l'un de vous a présentée, sans l'accepter d'ailleurs, dans l'équation suivante : appendicite aiguë = opération.

Je passerai d'abord en revue les cas de ma pratique hospitalière : vous jugerez comme moi qu'ils sont les plus intéressants, en raison de leur nombre et surtout parce que, seul maître dans mon service, j'ai pu faire ce que je voulais et comme je le voulais.

Dans mon service, à l'hôpital Tenon, on opère dans les heures qui suivent leur entrée tous les cas bien reconnus d'appendicite aiguë. Quand le chef est là ou s'il peut venir, c'est lui qui opère. Si je suis absent du service ou que, pour une cause quelconque, je ne puisse me rendre à l'appel téléphonique, les internes, à partir du troisième mois de leur entrée dans le service, c'est-à-dire lorsqu'ils ont pu apprendre le manuel opératoire, ont l'ordre formel d'opérer. Je m'en excuse auprès de mes jeunes collègues des hôpitaux, mais je dois dire que je ne fais plus appeler le chirurgien de garde, et cela pour deux raisons : la première est qu'il est fort possible que celui-ci ne partage point mes idées sur la nécessité de l'intervention immédiate; la seconde est que tous les chirurgiens n'opèrent point l'appendicite comme il convient de l'opérer, à mon avis. En fait, il m'est arrivé d'être dans l'obligation d'opérer à nouveau et de guérir un malade déjà opéré par le chirurgien de garde et continuant de mourir. J'ai déjà eu l'occasion de vous dire deux mots de ce cas. J'espère que mes jeunes collègues consentiront à m'excuser, surtout si j'ajoute que j'ai mis assez longtemps à apprendre comment il faut opérer, que j'ai même préconisé dans notre Société un procédé *a posteriori* dont je pense aujourd'hui qu'il est tout à fait insuffisant, c'est-à-dire mauvais.

Le procédé auquel nous avons recours actuellement n'a rien de personnel, si ce n'est peut-être que nous l'appliquons *larga manu*. Nous pénétrons par le bord externe du muscle droit; nous allons à la recherche de l'appendice *sans aucun souci d'épargner la grande cavité péritonéale;* nous cherchons, aussi laborieusement et aussi loin qu'il le faut, l'appendice; nous le trouvons presque toujours (62 fois sur 64, et le réséquons *en totalité*; enfin, nous terminons en mettant 4 drains, dont deux dans la cavité péritonéale, l'un d'eux descendant jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas, quand la péritonite est généralisée.

Voici les résultats :

En 1889, il a été opéré dans le service 26 appendicites; 9 chez l'homme, 17 chez la femme. Dans ce nombre il y a eu 7 cas que l'on peut considérer comme opérés à froid. Restent 19, dont 11 d'appendicite aiguë avec réaction locale, abcès péri-appendiculaires, et 8 avec péritonite généralisée. Nous n'avons perdu, bien entendu, aucun des cas opérés à froid; les 9 cas d'appendicite aiguë avec un ou plusieurs abcès, sans extension à la totalité du péritoine, ont été 9 succès. Enfin, sur les huit cas d'appendicite avec péritonite généralisée, nous avons deux décès, la péritonite généralisée n'ayant point cédé après notre intervention.

Au total, pour l'année 1899, sur 19 cas d'appendicite aiguë dont

8 avec péritonite généralisée, 17 succès; 2 morts. J'avais pour internes MM. Cathelin, Chifoliau et Lœwy.

En 1900, nous avons opéré dans le service 20 appendicites, 11 femmes, 9 hommes, dont un seul cas d'appendicite à froid. Restent 19, sur lesquels 7 que je puis qualifier de tièdes avec abcès localisé, en voie de refroidissemeut, et 12 aiguës. Parmi ces dernières, il faut reconnaître deux classes : dans les unes, au nombre de 7, l'infection péritonéale nous parut limitée à quelques loges autour de l'appendice sphacélé et perforé, la grande cavité péritonéale étant d'apparence saine; dans les 5 autres, indépendamment des loges péri-appendiculaires pleines de pus ou d'un liquide purulent à des degrés divers, on constata que la grande cavité péritonéale, à parois rougeâtres, avec dépôts pseudo-membraneux, contenait une notable quantité d'un liquide trouble, d'apparence purulente ou de couleur bouillon sale : ces dernières constituaient des cas d'une extrême gravité.

Résultat opératoire : 19 guérisons, les malades ayant quitté l'hôpital après un séjour dont la longueur a varié de 35 à 76 jours.

Je vous ai épargné, Messieurs, les détails de tous ces cas; ils sont consignés *in extenso* sur nos registres d'hôpital et vont être publiés dans la thèse d'un de mes élèves. J'ai pour internes et collaborateurs MM. Maubert, Prat et Roche.

Ces résultats, me semble-t-il, peuvent être qualifiés de beaux. Deux insuccès sur 19 cas en 1899; — en 1900, 19 cas, 19 succès. Ils plaident éloquemment notre cause; je n'insiste pas.

Comme contraste, je placerai en regard les résultats de la pratique en ville. En 1899, j'ai opéré 7 cas; 11 en 1900. Sur ce total de 18, il faut retrancher 4 opérations d'appendicite à froid; restent 14 cas d'appendicite aiguë, sur lesquels je compte 4 insuccès. C'est moins beau.

Il n'est pas difficile, Messieurs, de saisir les raisons de cette différence entre les résultats de la ville et ceux d'un hôpital où l'on opère de parti pris toute appendicite aiguë dans les trois heures qui suivent son entrée. Sur les 4 insuccès essuyés dans ma pratique de ville depuis deux ans, j'affirme qu'il en est 2 au moins qui sont le fait des hésitations, tergiversations, consultations, atermoiements, en somme du temps perdu.

Dans 2 autres, nous avons eu affaire à des cas où l'affection, ayant évolué sourdement, s'était manifestée d'emblée par des symptômes de péritonite généralisée; dans ces cas le diagnostic resta hésitant d'abord. En cas de péritonite aiguë, il ne faut point s'attarder à la recherche du diagnostic; le devoir absolu est de faire ouvrir et largement.

Je n'insiste pas davantage, Messieurs. Je terminerai par deux remarques : bien que dans la très grande majorité de ces cas j'aie ouvert et largement la grande cavité péritonéale, soit au cours des manœuvres, soit de parti pris lorsqu'elle me paraissait infectée, je n'ai jamais observé de généralisation de l'inflammation à la séreuse. Au contraire, j'ai toujours vu, à trois exceptions près, les symptômes de réaction péritonéale céder lorsque le péritoine avait été largement ouvert et drainé. Je ne crois pas au fait de la généralisation lorsque le péritoine est ouvert. Cette séreuse ne diffère point des autres. Je crois que les infections péritonéales sont à redouter quand la séreuse est fermée. Conclusion, j'ouvre largement le péritoine.

Lorsque l'infection péritonéale continue d'évoluer après l'intervention, je ne fais pas de lavages; j'ordonne une forte saignée, immédiatement suivie d'une injection intra-veineuse de sérum. Dans deux cas de péritonite qui n'avaient point cédé à l'ouverture, j'ai obtenu par cette méthode des résultats inespérés.

Communications.

M. Morestin lit un travail sur les *Rétrécissements du pharynx*. — Renvoyé à M. Lejars, rapporteur.

Ligatures et sutures à viroles pour assurer l'hémostase du foie,

par M. PIERRE DELBET.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous communiquer un procédé qui permet d'exécuter sur le foie des ligatures ou des sutures parfaitement hémostatiques.

Le foie est extraordinairement vasculaire et la difficulté d'obtenir l'hémostase lorsqu'il a été blessé ou qu'on veut en réséquer une partie vient de ce que son tissu extrêmement friable se laisse couper, vaisseaux compris, par les fils. On a eu recours pour éviter ce danger à bien des artifices que vous connaissez. J'en ai imaginé un que je vous soumets après l'avoir expérimenté sur le chien. Je n'ai pas eu occasion de l'appliquer sur l'homme.

Pour empêcher la section du tissu hépatique, je ne crois pas qu'il y ait de meilleur moyen que d'élargir le point d'appui, c'est-à-dire la surface de pression. C'est pour cela qu'on a employé divers modes de suture enchevillée.

Le procédé que je vais vous décrire me paraît avoir les mêmes avantages que la suture enchevillée, tout en étant, je crois, plus commode à manier et plus sûr.

Je me sers d'os longs de petits animaux, c'est-à-dire de tubes osseux dans lesquels je passe mes fils. La striction s'exerce ainsi par l'intermédiaire de l'os, par conséquent sur une grande surface.

J'ai d'abord employé des segments d'os humains de 4, 5, 6 centimètres, de telle façon qu'il n'y avait pour chaque suture que deux tubes osseux, l'un situé au-dessus, l'autre au-dessous du morceau de foie à réséquer.

Cette manière de faire a des inconvénients sérieux. Le principal, c'est qu'on n'est pas maître de la striction. Le fil quatre fois coudé à angle droit glisse mal ou coupe les extrémités du tube osseux. L'un des chiens qui avait été opéré de cette façon est mort d'hémorragie. Celle-ci ne s'étant produite que le huitième jour, on pourrait l'attribuer à des accidents septiques. Mais comme il n'y avait pas d'autre trace d'infection, il m'a paru plus sage et plus prudent d'admettre que l'insuffisance de la ligature en était cause. J'ai donc renoncé à cette manière de faire pour recourir à la technique suivante.

Je sectionne les os en petites viroles de 6 à 8 millimètres de long et je les enfile comme les grains d'un chapelet.

Chaque fil traverse le foie de part en part en deux points différents, et on peut l'enchaîner au fil voisin. On enfile les viroles de façon qu'un segment du chapelet se trouve au-dessus, l'autre au-dessous du morceau à réséquer.

On pourrait objecter à cette manière de faire que les portions de fil qui traversent le foie n'étant pas munies de viroles doivent couper le tissu hépatique. Dans mes expériences, cette section ne s'est pas produite et cela sans doute parce que je prends soin que les viroles soient assez nombreuses pour venir au contact les unes des autres, de telle sorte que la striction s'exerce surtout d'un rang de virole à l'autre et très peu dans le sens où les fils pourraient couper.

Pour simplifier la technique, j'ai eu recours à l'artifice suivant. J'ai compris dans une même suture à virole des segments de tissus hépatiques longs de 5 à 6 centimètres ; mais, craignant que sur une pareille portée la striction ne fût pas suffisante, j'ai passé au milieu un fil en anse qui embrasse les deux fils du chapelet et les rapproche perpendiculairement à leur grand axe. Le schéma que je fais au tableau vous permet de comprendre cette disposition qui est simple, bien que sa description soit compliquée. Elle a pour résultat d'augmenter la striction et de la faire porter surtout sur les parties munies de viroles.

La seule difficulté pratique c'est d'avoir des os convenablement préparés. Pas assez décalcifiés, ils sont offensants pour le foie; trop décalcifiés, ils se laissent couper par les fils. Je n'ai rien obtenu de bon avec les os de poulet, peut-être parce que les animaux étaient trop jeunes. Au contraire, les os de lapins et de lièvres m'ont donné des résultats satisfaisants. Je vous présente ceux qui restent de mes dernières expériences.

Dans celles-ci, faites avec des ligatures à viroles, l'hémostase a été absolument parfaite. Comme je fais la section à un centimètre environ de la ligature, la portion de foie qui est en dehors de la ligature se vide du sang qu'elle contient. C'est l'affaire d'un instant. Dès qu'elle est vidée, il ne coule plus rien; l'hémostase est parfaite. Sur les pièces que j'ai apportées, vous allez voir que les cicatrices, même récentes, ne contiennent aucune trace de pigment hématique, ce qui indique qu'il n'a pas suinté une seule goutte de sang.

Voici un foie qui a été enlevé neuf jours après la résection d'un de ses lobes. (Vous savez que le foie de chien est divisé en un grand nombre de lobes.) L'épiploon s'est greffé sur la surface de section et vous pouvez constater l'exactitude de ce que je viens de dire : la cicatrice est pâle, décolorée, et ne présente pas trace de pigment hématique. On sent des débris d'os.

Sur cette autre pièce recueillie après quatorze jours, c'est à peine si on peut trouver trace de l'intervention. Une étroite adhérence de l'épiploon, un petit nodule fibreux, c'est tout ce qu'il en reste.

Naturellement ce procédé de suture à viroles permet aussi bien de faire une hépatopexie qu'une hépatectomie. On place le chapelet de viroles sous le foie et cela permet de le serrer fortement contre les parties auxquelles on veut le faire adhérer.

Voici une troisième pièce qui a trait à une hépatopexie. J'avais fixé le foie à la paroi abdominale. Vous voyez que l'adhérence que j'ai obtenue est large et solide.

Comme je vous l'ai dit, je n'ai que des expériences à vous communiquer. Je n'ai pas eu l'occasion de traiter de cette manière des foies humains. Mais les résultats obtenus sur le chien me paraissent assez satisfaisants pour permettre d'employer le procédé sur l'homme.

Présentations de malades.

Talus valgus paralytique opéré par résection du tendon d'Achille et anastomose du tendon du jambier antérieur avec celui de l'extenseur propre du gros orteil.

M. Le Dentu présente un jeune homme de dix-neuf ans à qui il a pratiqué, au mois de mai 1898, la résection du tendon d'Achille et l'anastomose du tendon du jambier antérieur avec le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, pour un talus valgus d'origine paralytique siégeant au pied droit. Le talus était très accentué. Le valgus l'était moins, mais le pied était très creux et son fonctionnement très défectueux. La paralysie, irrégulièrement répartie sur les muscles de la jambe, avait frappé surtout ceux du mollet, l'extenseur commun des orteils et le jambier antérieur. On peut en juger d'après le moulage que voici, fait avant l'opération. On y voit que les orteils, sauf le gros, avaient de la tendance à se dévier vers la plante du pied. L'extenseur propre du gros orteil avait gardé en grande partie son énergie fonctionnelle.

La résection du tendon d'Achille a été faite sur la longueur convenable au moyen de deux sections transversales. Le rapprochement des deux extrémités a été maintenu par une suture en cadre à la soie et des fils de soutien allant directement d'une tranche à l'autre (procédé de Le Dentu). Pour l'anastomose du tendon du jambier antérieur avec celui de l'extenseur propre du gros orteil, M. Le Dentu a eu recours au procédé de Milliken (détachement d'une languette représentant la moitié de l'épaisseur du tendon, de bas en haut sur le tendon du jambier antérieur, de haut en bas sur le tendon de l'extenseur propre du gros orteil). Des sutures à la soie fine ont maintenu en contact les deux bandelettes détachées croisées et mises en rapport par leur face cruentée. De ce côté la réunion immédiate à été obtenue; mais, les tranches du tendon d'Achille s'étant un peu sphacélées, il en est résulté un peu de suppuration qui heureusement n'a pas compromis le résultat ultérieur.

On voit que le talon a repris à peu près complètement sa position normale; le valgus a disparu. La voûte plantaire est bien dessinée et n'est plus exagérée. Chose intéressante, l'extenseur commun des orteils, auquel il n'a pas été touché, semble avoirre trouvé une certaine vigueur, depuis que le fonctionnement du pied est redevenu presque absolument normal. Les orteils ne sont plus

déviés sur la face plantaire et ils se redressent facilement sous l'influence de la volonté.

En résumé, le malade a gagné par l'opération, non seulement une grande amélioration dans la statique de son pied, mais un retour évident de l'énergie fonctionnelle du membre entier.

Il résiste cependant à l'idée de se faire opérer son autre pied (le gauche), qui présente une très légère élévation du talon, un faible degré de valgus, et surtout un affaiblissement notable de l'extenseur commun des orteils. Le second orteil est un peu fléchi en marteau. Il y a une telle prédominance d'action de l'extenseur propre du gros orteil, qu'à chacune de ses contractions ce dernier se redresse perpendiculairement au dos du pied.

L'opération à faire serait la section du tendon d'Achille (ici la section oblique avec suture serait tout à fait de mise), l'anastomose du tendon du jambier antérieur et du tendon extenseur du second orteil avec le tendon très solide de l'extenseur propre du gros orteil. Peut-être en plus y aurait-il à régler l'action des autres tendons de l'extenseur commun, notablement plus faible que l'extenseur propre. Si le raccourcissement du tendon du second orteil par le fait de l'anastomose ne suffisait pas pour le redresser, il faudrait agir sur l'articulation phalango-phalanginienne.

M. Berger. — C'est plutôt à T. Drobnik, je le crois, qu'il faut rapporter la pratique d'employer la transplantation de l'extenseur propre du gros orteil, soit sur le tendon du jambier antérieur paralysé, soit sur celui de l'extenseur commun, pour remédier aux déformations de la paralysie infantile; cet auteur, en 1896, a publié plusieurs observations de sa pratique à l'appui de sa théorie sur *le transport et la répartition des fonctions musculaires*; le but qu'il se propose est la distribution par voie d'échange de la somme des puissances musculaires qui persistent encore dans le membre frappé par la paralysie infantile, de manière à déverser sur les muscles fonctionnellement impuissants une partie de l'excédent de force que possèdent encore les muscles totalement ou partiellement indemnes, en se guidant, pour opérer cette répartition par voie d'anastomoses tendineuses et musculaires, sur l'importance plus ou moins grande de la fonction de chacun de ces muscles.

Pour ce qui est du pied non opéré du malade que vient de nous présenter M. Le Dentu, on peut constater qu'il y a une prédominance marquée des péroniers, soit du péronier antérieur, soit des péroniers latéraux, sur les autres muscles, et on pourrait se

guider sur ce caractère pour faire servir ces tendons péroniers à une transplantation tendineuse.

M. Kirmisson. — C'est Parrish qui, le premier, a conseillé la transplantation de l'extenseur propre du gros orteil sur le jambier antérieur, mais c'est à Drobnik qu'appartient le principe de la division des tendons, de façon à conserver l'action du muscle sain et à communiquer une partie de sa force au muscle paralysé. Cette remarque faite par Parrish de l'intégrité habituelle de l'extenseur propre du gros orteil est parfaitement juste.

Il y a, du reste, deux méthodes qu'il ne faut pas confondre, le raccourcissement tendineux et la transplantation des tendons. Au sujet de cette dernière méthode, il y a des divergences considérables entre les auteurs; tandis que des chirurgiens très autorisés vantent les bons résultats de la transplantation tendineuse, d'autres chirurgiens de valeur ne lui accordent aucune importance. Il faut bien avouer que la lecture de la plupart des observations publiées jusqu'ici n'est pas faite pour entraîner la conviction. La plupart de ces observations, en effet, comme celles de Drobnik, de Milliken, de Hoffa, sont des observations complexes dans lesquelles on a fait en même temps la ténotomie du tendon d'Achille et une ou plusieurs transplantations tendineuses. Elles sont presque toutes rédigées sur le même mode : le malade est opéré, la réunion immédiate est obtenue; au bout de quelques semaines, le malade, guéri, quitte l'hôpital, le résultat est très satisfaisant; mais c'est le résultat définitif qu'il nous faudrait connaître pour entraîner notre jugement; or, celui-là fait le plus souvent défaut. Au dernier Congrès international tenu à Paris en août 1900, M. Vulpins (de Heidelberg) a déclaré que son expérience, basée sur cent cinquante opérations environ, lui permettait de considérer la transplantation tendineuse comme une excellente opération; mais il nous faut attendre le détail des observations, qui, jusqu'ici, fait défaut. Quand je vois, comme dans une observation de Drobnik, le tendon de l'extenseur propre du gros orteil divisé en trois parties, dont une est transplantée sur un muscle, une seconde sur un muscle voisin, je me tiens en garde, car le tendon extenseur propre du gros orteil sur un enfant de cinq ans est vraiment bien petit.

Pour juger de la valeur de la transplantation tendineuse, il faut du reste établir des distinctions entre les différents cas. Tandis que, dans l'équinisme associé au varus ou au valgus, la fonction du pied est gravement compromise, dans le talus valgus au contraire, alors même que la déformation est extrême, on est surpris de voir que la fonction s'exécute d'une façon satisfaisante.

Aussi n'ai-je pratiqué qu'une seule fois l'opération de Willet (raccourcissement du tendon d'Achille), bien que j'observe tous les jours un très grand nombre d'exemples de paralysies infantiles.

Cette remarque ne diminue en rien la valeur de l'observation de M. Le Dentu, qui tire son intérêt de ce fait que le résultat de l'opération nous est présenté à longue échéance, et que ce résultat est satisfaisant. En résumé, la transplantation tendineuse est une opération sans gravité, pourvu qu'elle soit faite aseptiquement. On ne saurait formuler contre elle aucune objection sérieuse *a priori;* elle mérite d'être expérimentée, afin que nous puissions être fixés sur sa valeur thérapeutique.

M. Berger. — Il semble résulter des observations que j'ai lues qu'il existe une différence entre les formes diverses de pied bot paralytique au point de vue des méthodes à suivre. Les raccourcissements tendineux n'ont donné que peu de résultats favorables dans les talus et talus pied-creux; ils paraissent au contraire devenir une partie importante, presque la partie fondamentale du traitement des équins paralytiques et, dans un important mémoire paru dans les *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie* de l'année dernière, Hoffa paraît de plus en plus adopter le raccourcissement du tendon du jambier antérieur ou de celui de l'extenseur commun ou de l'extenseur propre du gros orteil, en les associant aux transplantations actives des tendons.

Le raccourcissement tendineux constitue une sorte d'arthrodèse sans soudure osseuse par laquelle le pied, maintenu dans une situation intermédiaire entre les positions extrêmes d'extension et de flexion, est favorablement placé pour la station et la marche. Cette position intermédiaire est d'ailleurs celle qui convient le mieux au fonctionnement des muscles incomplètement paralysés qui refusent de se contracter lorsqu'ils sont soumis à un relâchement ou à une élongation excessifs. C'est ce qui explique la reprise des fonctions de l'extenseur commun des orteils auquel M. Le Dentu n'a cependant pas touché, chez son opéré; la position vicieuse du pied étant corrigée, ce muscle affaibli, mais non paralysé, a pu retrouver une partie de son action.

Greffes de Thiersch.

M. PIERRE DELBET. — J'ai l'honneur de vous présenter un cas de greffes de Thiersch qui me paraît offrir un réel intérêt. Il s'agit d'un malade à qui j'ai refait la face dorsale des deux mains, poignets et doigts compris.

C'est un ingénieur de mes amis qui fut pris dans une explosion de chaudière. Il se protéga la figure en relevant son pardessus sur sa tête. Par là même, la face palmaire de ses mains fut en partie protégée, mais la face dorsale fut tout entière exposée.

Quand je le vis, quelques heures après l'accident, il avait diverses brûlures aux jambes, à la figure, mais je ne veux parler que de ses mains. Celles-ci étaient transformées en énormes phlyctènes, aussi bien à la face palmaire qu'à la face dorsale, et il ne semblait pas au premier abord qu'il y eût une différence entre les deux faces, car partout les phlyctènes étaient remplies d'un liquide citrin et transparent.

Il est classique de donner la coloration du liquide des phlyctènes comme un bon moyen pour distinguer les brûlures du second degré des brûlures du troisième. Ce moyen n'a qu'une valeur relative. En effet, dans ce cas, bien que la brûlure fût plus profonde à la face dorsale qu'à la face palmaire, le liquide avait partout la même coloration. Mais dans les points où les phlyctènes étaient rompues, ou pouvait constater qu'à la face dorsale, le derme présentait une teinte blanchâtre assez spéciale. En outre, les piqûres faites avec la pointe d'une épingle ne déterminaient aucune douleur et n'amenaient aucun écoulement sanguin.

D'ailleurs, à la face palmaire, la réparation se fit rapidement; tandis qu'à la face dorsale, malgré les pansements les plus variés et les plus soignés, elle fut absolument nulle. Les ongles tombèrent et, au bout d'un mois, il n'y avait aucune tendance à l'épidermisation. Au contraire, les douleurs étaient épouvantables; le malade s'affaiblissait; les doigts commençaient à s'incurver vers la face dorsale. Il était évident que le malade ne guérirait pas, et que, s'il guérissait, ce serait avec des mains difformes et tout à fait impotentes. Il fallait donc faire quelque chose.

Mais quoi? J'étais fort perplexe. Je craignais que les greffes de Thiersch ne fussent pas suffisantes pour empêcher la rétraction et rendre aux mains leur souplesse. D'autre part, il était bien difficile de refaire la face dorsale du poignet, de la main et de tous les doigts avec des greffes italiennes. Et où trouver de la peau pour faire cette réparation des deux côtés? Il est probable que si la

main seule sans les doigts avait été brûlée, j'aurais fait une greffe italienne. Le résultat fonctionnel aurait été peut-être aussi bon, mais le résultat esthétique aurait été certainement inférieur.

Je me décidai donc pour les greffes de Thiersch, et je fis en une seule séance la réparation totale des deux mains.

Toutes les greffes ont tenu. Il ne s'est produit que quelques éliminations marginales insignifiantes. Le premier résultat fut la cessation complète des douleurs; l'action protectrice du vernis épidermique sur les extrémités nerveuses est vraiment très saisissante. Puis l'état général se releva et on put commencer la mobilisation des doigts. Comme je vous l'ai dit, au moment de l'opération ils s'incurvaient en arrière et tout mouvement de flexion était impossible. Il a fallu des séances de massage et de mobilisation prolongées pour arriver au résultat que vous voyez aujourd'hui. Mais ce résultat est définitivement acquis; il y aura un an dans quelques jours que l'opération a été faite, et il y a plus de huit mois qu'on a cessé le massage.

Actuellement l'aspect ne diffère guère de celui des mains ridées de certains vieillards. J'insiste sur le premier point : le résultat plastique est certainement bien plus satisfaisant que celui qu'on aurait pu obtenir des greffes italiennes.

En second lieu je ferai remarquer que toutes les greffes sònt solides. Il n'y a aucune tendance à l'ulcération, et elles sont vieilles d'un an. Ceci encore est important, puisqu'on a prétendu que les greffes de Thiersch se résorbaient au bout d'un certain temps. J'ai d'ailleurs des cas bien plus anciens dont la solidité est parfaite.

Enfin ces greffes ont permis le rétablissement intégral de la mobilité des doigts : c'est donc que la rétraction qui avait déjà commencée s'est arrêtée. On a beaucoup discuté au sujet de l'influence des greffes de Thiersch sur la rétraction. Sans entrer dans cette discussion, je vous dirai que ma conviction personnelle basée sur des faits est que lorsqu'on gratte bien tous les bourgeons charnus, les greffes de Thiersh arrêtent la rétraction. J'aurai l'occasion d'entrer dans plus de détails sur ce point important.

Extirpation de la rotule.

M. Berger présente un malade sur lequel, à la suite de l'*extirpation de la rotule pour une ostéomyélite chronique d'emblée de cet os*, il a obtenu une restauration complète des fonctions du triceps fémoral et de l'extension active du genou.

L'observation de cet opéré a été publiée dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* du 22 janvier 1900.

Élections.

Élection de quatre membres correspondants nationaux.

Nombre des votants : 37. — Majorité : 19.

1er *tour.*

MM.	Carlier (de Lille)	obtient :	30	voix.
	Buffet (d'Elbeuf)	—	29	—
	Pauchet (d'Amiens)	—	21	—
	Brousse (Armée)	—	17	—
	Delagénière (de Tours)	—	13	—
	Estor (de Montpellier)	—	13	—
	Lafourcade (de Bayonne)	—	9	—
	Imbert (de Montpellier)	—	3	—
	Chabrier (d'Aix)	—	1	—
	Chassenat (d'Hyères)	—	1	—
	Toussaint (de Saint-Mihiel)	—	1	—
	Billot (Armée)	—	1	—
	Rigal (Armée)	—	1	—
	Gaudier (de Lille)	—	1	—
	Mordret (du Mans)	—	1	—
	Calot (de Berck)	—	1	—

En conséquence, MM. Carlier, Buffet et Pauchet sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de chirurgie.

2e *tour.*

Nombre des votants : 38. — Majorité : 19.

MM.	Brousse	obtient :	20	voix.
	Estor	—	9	—
	Lafourcade	—	4	—
	Delagénière	—	4	—
	Calot	—	1	—

En conséquence, M. Brousse est nommé membre correspondant national de la Société de chirurgie.

ÉLECTION DE TROIS MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

Nombre des votants : 38. — Majorité : 19.

MM.	Keen (de Philadelphie).	obtient :	28	voix.
	Maydle (de Prague)	—	25	—
	Mac Burney (de New-York). . .	—	25	—

En conséquence, MM. Keen, Maydel et Mac Burney sont nommés membres associés étrangers de la Société de chirurgie.

ÉLECTION DE TROIS MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Nombre des votants : 38. — Majorité : 19.

MM.	Sneguireff (de Moscou).	obtient :	25	voix.
	Schede (de Bonn).	—	25	—
	Bradfort (de Baltimore).	—	15	—
	Weir (de New-York).	—	5	—
	Henvard Kelly	—	1	—

En conséquence, MM. Sneguireff, Schede, Bradfort, sont nommés membres correspondants étrangers de la Société de chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD-MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE ANNUELLE

(30 janvier 1901.)

Présidence de M. Richelot.



ALLOCUTION DE M. RICHELOT

Président sortant.

Mes chers Collègues,

Lorsque, il y a deux ans, le professeur Berger quitta la présidence de la Société de Chirurgie, il dit adieu, non sans tristesse, à notre vieille demeure, à ces locaux de l'Abbaye illustrés par les Larrey, les Denonvilliers, les Chassaignac, les Gosselin ; il se sentit ému au souvenir des mémorables discussions auxquelles avaient pris part les maîtres de la génération qui nous a précédés et formés, et crut entendre encore au milieu de nous les voix ardentes de Trélat et de Verneuil ; et comme saisi de regrets en songeant au passé, il s'estima heureux d'avoir pu conserver et entretenir les traditions qui sont comme les titres de noblesse de notre compagnie. L'année suivante, mon prédécesseur S. Pozzi salua notre demeure nouvelle, et remercia l'habile architecte qui nous avait préparé une salle de réunion plus commode et plus digne de nos travaux.

C'est ainsi que toujours notre cœur est partagé entre deux sentiments contraires, le regret de ce que nous avons laissé derrière nous, des joies et des souffrances disparues, des luttes qui nous ont trempés, et le désir de ce qui viendra, l'espoir toujours renaissant et que les déceptions ne peuvent tarir. C'est comme une angoisse que nous oublions au milieu du bruit et du mouvement quotidiens, mais qui, à certains moments, surgit et nous étreint de nouveau.

Je ne veux pas hausser mon discours et faire d'un événement très simple un événement tragique ; je ne veux pas comparer un président de la Société de Chirurgie descendant de son fauteuil à un roi descendant de son trône ; je n'oublie pas que, dans nos réunions très cordiales, il n'y a ni solennité ni préséance, et que vos présidents n'ont jamais voulu s'arroger d'autre prérogative

que celle d'agiter en temps utile une sonnette fort peu écoutée. Et cependant, quoi qu'on en puisse dire, le moment de laisser sur le bureau ce petit instrument dont la voix grêle s'est tant de fois mêlée aux vôtres, est un moment plein de mélancolie; c'est quelque chose qui s'en va, c'est une parcelle de nous-mêmes que nous laissons au milieu de la poussière de ces livres, et qui nous fait penser à toutes celles que nous avons déjà semées sur la route. Voilà pourquoi, en cédant ma place, moi aussi je regarde en arrière, et je revois mes luttes et mes compétitions d'autrefois, mes visites à la Société de Chirurgie, mes admirations et mes jugements sévères, à cet âge où il semble que les heures sont trop lentes et que demain n'arrivera jamais. Voilà pourquoi, moi aussi, je regrette le passé, trouvant qu'il a été bien court.

Mais loin de moi la pensée de vous attendrir ; aussi bien ne suis-je pas d'humeur à vous tenir plus longtemps le langage morose des vieillards. Le hasard m'a fait président à l'aurore du xxe siècle ; en même temps, la Société de Chirurgie faisait son entrée dans cette salle éclatante de blancheur et semblait, rajeunie et frissonnante au baiser du siècle nouveau, se revêtir d'une robe virginale. Ici, tout nous présage — comme si nos divisions artificielles du temps et de l'espace donnaient à nos pensées un cadre, à notre intelligence une impulsion nécessaire — tout nous présage une activité nouvelle dans ces travaux par lesquels notre Société reste à la tête du progrès chirurgical. Sans doute, nous avons dans toute l'Europe de glorieux émules, il y a partout des travailleurs et l'autorité scientifique s'est depuis longtemps partagée ; mais c'est toujours au milieu de nous qu'il faut chercher la clarté, la méthode, l'esprit critique, et il suffit de lire nos Bulletins pour voir que toutes les idées nouvelles, toutes les questions à l'ordre du jour nous passionnent.

Le bureau que vous avez nommé pour 1901 ne faillira pas à sa tâche. Votre nouveau président, Paul Reclus, ancien secrétaire général et auteur des remarquables éloges qui sont dans toutes vos mémoires, n'a pas, que je sache, la réputation d'un esprit rétrograde et amoureux des vieilles routines. Il faut regretter que le dur labeur du secrétaire annuel éloigne de nos délibérations la parole nette et précise de Gérard Marchant, et bientôt réduise au silence, pour quelques mois, la verve originale de Bazy, comme les fonctions absorbantes et durables du secrétaire général nous privent déjà des chaudes argumentations de Paul Segond. Heureusement, celui-ci ne peut nous échapper tout entier, car il est forcé de nous donner en un seul jour tout ce qu'il aurait pu dépenser, en plusieurs séances, de critique judicieuse, d'éloquence et d'esprit. Vous en jugerez tout à l'heure.

Notre collègue Pozzi étant devenu membre honoraire, vous avez élu, cette année, un titulaire nouveau, le Dr Demoulin. Vous avez appelé au titre de correspondants nationaux MM. Carlier (de Lille), Buffet (d'Elbeuf), Pauchet (d'Amiens), Brousse (de l'armée). Je salue leur admission parmi nous et leur souhaite la bienvenue, comme aux associés étrangers qui s'appellent Keen (de Philadelphie), Maydl (de Prague), Mac Burney (de New-York); et je lis avec plaisir, sur la liste de nos correspondants étrangers, trois noms nouveaux : Sneguireff (de Moscou), Bradford (de Baltimore), Schede (de Bonn).

A la liste des nouveaux élus, doit succéder, hélas! celle de nos pertes. Elles ont été cruelles; que de sympathies, que de souvenirs éveille le nom d'Eugène Bœckel! Moins sentimentale nous apparaît la figure d'Ollier, qui fut pendant si longtemps le chef incontesté de la brillante école de Lyon; mais ce fut une grande figure chirurgicale. De même que l'imagination a peine à concevoir toute la puissance créatrice, tous les phénomènes d'évolution, d'hérédité, de ressemblance physique et morale que possède en elle une simple cellule organique munie d'un cil délié, de même on n'aurait pu soupçonner, si Ollier n'en était la preuve, toutes les gloires et tous les sourires de la fortune que peut recéler dans sa trame un mince lambeau périostique.

Deux étoiles de moindre grandeur, Dubrueil (de Montpellier), un transfuge de l'école de Paris, et l'excellent Duplouy (de Rochefort), ont droit à une parole d'adieu; leur mémoire est celle de deux hommes de talent et de deux hommes de bien. Brodhurst (de Londres) était parmi nos associés étrangers; parmi eux encore, Albert (de Vienne), Saxtorph (de Copenhague), deux noms illustres bien souvent prononcés et mêlés sans cesse au mouvement chirurgical contemporain.

J'ai fini, mes chers collègues, et rempli mon devoir de président sortant. Laissez-moi vous dire encore que, depuis une année, réduit au silence par mes fonctions mêmes et ne prenant aucune part directe à vos débats, cependant je m'y sentais plus intimement mêlé qu'autrefois, je suivais chacune de vos paroles et chacun de vos mouvements, je pensais avec vous tous et je vous comprenais mieux. Si bien que le rôle effacé du président m'a paru enviable et toujours sans ennui, et toujours trop brève l'heure pendant laquelle se pressaient, sous mes regards curieux, vos récits, vos affirmations, vos hypothèses, vos commentaires si variés. Et cette fête de l'esprit m'a fait oublier, je l'avoue, une brochure un peu discourtoise, dans laquelle certain confrère étranger prétend qu'un jour, venant assister à une de nos séances, il fut assourdi par le bruit et dut se boucher les oreilles.

Nous sommes de notre pays et de notre race; il est bien difficile de nous mettre un bœuf sur la langue, comme disent les Chinois. Tâchons d'être sages et d'écouter les bons conseils qu'on nous donne, mais n'ayons pas trop de hâte à forcer notre nature, et travaillons toujours avec bonne humeur.

De ces travaux et de l'esprit qui les anime, votre secrétaire annuel Jalaguier va vous rendre compte. Moi, je revivrai encore un instant les heures que j'ai vécues avec vous, et ce sera la dernière joie d'une année bien remplie.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1900,

par M. JALAGUIER, secrétaire annuel.

MESSIEURS,

Les bulletins de l'année 1900 ne renferment pas moins de soixante et une communications, quarante-sept rapports, cent trois présentations de malades et quatre-vingt-dix-neuf présentations de pièces ou de radiographies. Vous pouvez être fiers de votre activité scientifique, mais l'embarras de votre secrétaire annuel est grand. Le simple énoncé des titres de vos travaux dépasserait le nombre de pages que comporte ce compte rendu. J'espère donc que vous voudrez bien m'excuser si, réduit à faire un choix, je laisse de côté des faits importants pour m'en tenir aux sujets les plus nouveaux, aux discussions qui ont occupé le plus grand nombre de séances.

Une grosse question de chirurgie générale, l'**asepsie opératoire** est venue en discussion à propos d'une communication de M. *Quénu* basée sur la statistique de son service et dans laquelle il a insisté sur la difficulté d'obtenir la stérilisation des régions à opérer et sur l'impossibilité presque absolue pour le chirurgien de conserver ses mains stérilisables; il a érigé en principe la nécessité de l'emploi de gants imperméables, sinon pour toutes les opérations aseptiques, du moins toutes les fois qu'on a quelque raison de craindre que les mains aient été contaminées. Vous avez tous gardé le souvenir de cette discussion féconde en résultats pratiques et à laquelle ont pris part, avec une égale sincé-

rité, MM. *Rochard*, *Bazy*, *Tuffier*, *Nélaton*, *Routier*, *Schwartz*, *Guinard*, *Kirmisson*, *Terrier*, *Reynier*, *Pierre Delbet*, *Poirier*, *Picqué*, *Broca*, *Reclus*, *Lucas-Championnière*, *Walther*.

M. *Tuffier*, poussant à l'extrême les tendances de M. *Quénu*, en est arrivé à conseiller l'usage des gants de fil pour toutes les opérations aseptiques et l'usage des gants imperméables pour les opérations septiques.

Par contre, MM. *Bazy*, *Routier*, *Rochard*, *Schwartz*, *Reynier*, *Poirier*, *Picqué*, *Broca*, *Lucas-Championnière*, *Lejars*, se sont élevés contre l'absolu des propositions de M. *Quénu* et ont affirmé leur conviction que la stérilisation des mains pouvait être, en pratique, suffisante pour permettre à un chirurgien d'hôpital de mener de front les interventions septiques et les interventions aseptiques. A côté des faits cliniques apportés par plusieurs de nos collègues, M. *Bazy* a cherché à démontrer, par des expériences sur des lapins, la possibilité de la désinfection des mains contaminées. Les expériences de MM. *Delbet*, *Widal* et *Ravaud*, confirmées par celles de M. *Walther*, tendent à établir, elles aussi, la possibilité de rendre les mains aseptiques, même après les contacts les plus septiques.

En dépit de ces expériences, M *Terrier* ne croit pas à la possibilité facile de la stérilisation des mains contaminées, quels que puissent être les procédés de lavage, quelques antiseptiques chimiques que l'on veuille employer. Il n'accorde aucune confiance aux gants de fil préconisés par M. *Tuffier*; l'essentiel est d'éviter la contamination des mains et, pour cela, de diviser un service d'hôpital en service septique et service aseptique. Lorsque les mains n'ont pas été gravement souillées, on peut, par des moyens simples, réaliser une asepticité relative ; mais il faut bien savoir que la septicité des mains augmente progressivement au cours d'une opération. De là le précepte, capital pour M. *Terrier*, de s'essuyer fréquemment les mains avec des compresses stérilisées. D'ailleurs, l'opéré se défend contre l'intoxication par phagocytose, et cette défense est d'autant plus efficace que l'inoculation est plus faible. Il faut donc s'évertuer à réduire au minimum cette inoculation.

En résumé, il résulte de cette discussion, comme l'a très bien dit M. *Guinard*, qu'il faut éviter autant que possible, dans la vie commune et surtout dans la vie professionnelle, tous les contacts septiques, mais se laver toujours avant et même après une opération comme si les mains venaient de subir le contact le plus virulent.

Un rapport de M. *Chauvel* sur une observation de M. *Dubujadoux*

et un rapport de M. *Terrier* sur une observation de M. *Pluyette*, toutes deux relatives à des phlegmons diffus, guéris grâce à des injections d'**eau oxygénée** dans le tissu cellulaire, ont fourni à MM. *Terrier*, *Lucas-Championnière*, *Albarran*, *Quénu*, *Tuffier*, l'occasion de préciser les indications et le mode d'emploi de cet agent modificateur. Pour M. *Terrier*, l'eau oxygénée a une action élective sur les microbes anaérobies ; pour M. *Lucas-Championnière*, cette action est beaucoup plus générale. M. *Albarran* a vanté les bons effets de l'eau oxygénée dans les accidents septiques d'origine urinaire ; M. *Quénu* s'en est bien trouvé à la suite de ses opérations sur le rectum ; enfin M. *Tuffier* nous a montré l'utilité de l'oxygène dans les opérations pour gangrène pulmonaire.

Un malade, présenté par M. *Chaput* et guéri d'une gangrène gazeuse du pied, est venu, lui aussi, démontrer l'efficacité de l'eau oxygénée.

M. *Reynier* a insisté sur la possibilité d'accidents de sphacèle imputables à l'eau oxygénée, accidents que n'ont observé ni M. *Michaux*, ni M. *Quénu* et qui, suivant M. *Terrier*, seraient dus à un vice de fabrication.

Je ne terminerai pas cette analyse de ceux de vos travaux qui ont trait à la chirurgie générale sans mentionner l'observation de M. *Reynier*, prouvant les difficultés parfois insurmontables du diagnostic clinique du tétanos, et la nécessité de ne poser ce diagnostic qu'après examen bactériologique et inoculation aux animaux.

A noter aussi la communication de M. *Potherat* sur les résultats de la médication thyroïdienne dans les fractures.

Enfin, je rappellerai la discussion sur les méthodes autoplastiques dont une malade, présentée par M. *Quénu*, a été le point de départ. Il s'agissait d'un beau succès obtenu au moyen de greffes par double transposition de lambeau : MM. *Nélaton*, *Delbet*, ont saisi cette occasion pour nous exposer leur manière de voir sur cette méthode autoplastique et sur la méthode italienne en général ; M. *Delbet* nous a présenté un malade guéri d'une immense brûlure du membre inférieur par l'association de greffes de Thiersch à une greffe italienne. M. *Reynier* a montré un très beau résultat obtenu par la méthode de glissement pour la réfection d'une aile du nez, et M. *Berger*, tout en admirant le résultat obtenu chez ce malade, a insisté, à un point de vue général, sur l'excellence de la méthode indienne lorsqu'elle est applicable.

Je dois signaler également la communication de M. *Michaux* sur l'emploi des serres-fines métalliques du Dr *Michel* (*suture par agrafage*), convenant surtout aux régions à peau souple et facile à rapprocher.

J'arrive, Messieurs, à la chirurgie des **régions**.

La vieille question des indications du **trépan** dans les traumatismes du crâne a été reprise et quelque peu rajeunie. MM. *Peyrot* et *Souligoux*, *Launay*, ont présenté des malades; M. *Walther* a fait, sur une observation de M. *Morestin*, un rapport à propos duquel les indications fournies par les plaies du crâne par coup de feu ont été discutées par MM. *Reynier*, *Delens*, *Monod*, *Reclus*, *Schwartz*, *Potherat*, qui, en l'absence de symptômes cérébraux, conseillent de s'en tenir aux manœuvres très simples de débridement et de désinfection de la plaie, désinfection que MM. *Quénu* et *Guinard* cherchent à rendre plus complète au moyen de larges débridements et même d'élargissement de l'orifice osseux; on assure ainsi un bon drainage, et l'on a chance d'extraire des esquilles et même le projectile, s'il est peu éloigné, et cela, sans rien ajouter à la gravité de la blessure.

M. *Delorme* va plus loin; guidé par la radiographie ou la radioscopie, il n'hésite pas à conseiller la recherche du projectile, mais après une large trépanation qui en facilitera la préhension. MM. *Reynier* et *Delens* reconnaissent comme lui l'utilité de la radiographie, qui, pour M. *Lucas-Championnière*, au contraire, n'est pas un guide absolument sûr lorsque la balle est profondément située.

M. *Tuffier* a fait remarquer que la radiographie ne doit pas être employée pour les interventions immédiates, alors qu'elle reprend tous ses droits et tous ses avantages pour les interventions secondaires. Tel est aussi l'avis de M. *Gérard Marchant*, resté, à l'heure actuelle comme en 1894, partisan de la trépanation primitive, même en l'absence d'accidents, trépanation qui facilite la désinfection et permet l'extraction des esquilles et même du projectile s'il est situé au voisinage de la plaie osseuse, et qui met bien plus sûrement que l'expectation à l'abri des accidents immédiats ou des complications ultérieures.

Vous avez pu juger de la tolérance parfois singulière du cerveau pour les projectiles, par une radiographie du D[r] *La Garde* présentée par M. *Nimier*, qui nous a montré aussi une curieuse série de clichés cinématographiques établissant que le crâne est traversé du front à l'occiput en moins d'un soixantième de seconde par une balle de fusil Gras tirée à 5 mètres.

M. *Schwartz* ayant présenté un malade porteur d'une tumeur pulsatile du crâne, MM. *Guinard*, *Delagénière*, *Potherat*, *Berger*, ont discuté le diagnostic de ces tumeurs et les indications opératoires.

A propos de la **face** et du **cou**, je noterai une communication de M. *Lagrange*, sur les kystes dermoïdes de l'orbite; une présen-

tation de malade de M. *Quénu* établissant l'utilité de la résection temporaire de la paroi externe de l'orbite pour l'extirpation d'une tumeur ; une présentation de malade de M. *Reynier* : extraction d'une balle de revolver, grâce à l'appareil de M. *Contremoulins*; une présentation de pièce de M. *Rochard*: balle extraite de l'oreille après radiographie.

A citer également un rapport de M. *Berger* sur une observation de M. *Huguet* intitulée : Sarcome ossifiant de la région naso-frontale ; et une présentation de malade de M. *Gérard Marchant* permettant d'apprécier les résultats éloignés d'une résection du ganglion de Gasser ; enfin, un travail de M. *Bouglé* sur le même sujet.

M. *Nélaton* a décrit un nouveau procédé de rhinoplastie applicable dans le cas où le squelette nasal est largement détruit. M. *Routier* a présenté un beau succès obtenu par la décortication du nez pour acné hypertrophique.

MM. *Guinard* et *Thiéry* ont amené plusieurs malades atteints d'actinomycose maxillaire ou péri-temporo-maxillaire. A propos de l'un d'eux, M. *Guinard* a signalé les bons effets de la levure de bière.

Une observation de M. *Billot* ayant trait à une fracture de l'atlas avec luxation de l'axis a été l'objet d'un rapport de M. *Picqué*. M. *Delbet* nous a donné une observation de fracture de la lame droite de l'axis.

Je rappellerai encore une observation de kyste hydatique de la langue par M. *Segond* ; un cas de grenouillette sus-hyoïdienne guérie au moyen de l'extirpation de la poche et de la glande sous-maxillaire par M. *Terrier* ; une observation de kyste hydatique du cou par M. *Routier* ; une observation de tumeur gazeuse du cou avec paroi kystique munie de papilles par M. *Guinard*. A l'occasion de ce fait, MM. *Quénu*, *Monod*, *Berger*, *Broca* ont discuté la pathogénie de ces aérocèles et tous ont admis que la tumeur observée par M. *Guinard* s'était développée dans un diverticule préexistant.

Deux cas de corps étrangers de l'œsophage ont été présentés ; l'un, extrait au moyen du panier de Graefe par M. *Laval*, l'autre, au moyen de l'œsophagotomie externe par M. *Sébileau*.

Les affections de la **poitrine** et du **thorax** a donné lieu à quelques communications intéressantes. M. *Quénu* a présenté une malade guérie d'une tumeur polykystique du sein par incision, excision de l'une des poches kystiques et ignipuncture des autres. MM. *Segond*, *Delbet* ont insisté sur la rareté des cas dans lesquels l'amputation du sein est nécessaire ; l'abstention doit être la règle, et, s'il faut intervenir, il convient d'adopter les méthodes conservatrices. MM. *Reclus*, *Tuffier*, *Walther*, *Richelot* sont partisans de l'abstention pure et simple, considérant la maladie kystique comme essen-

tiellement bénigne. En revanche, MM. *Nélaton* et *Reynier* ont observé des faits qui les portent à se défier.

La tuberculose du sein a été l'objet d'une communication de M. *Pluyette* avec rapport de M. *Broca*. M. *Nélaton* a présenté un bel exemple d'actinomycose mammaire.

Je citerai encore la pièce de M. *Bazy* : chondrome costal dont l'ablation nécessita l'ouverture large de la cavité pleurale, et les présentations de moulages et de pièces sur la déformation en entonnoir du thorax par M. *Picqué*. Je rappellerai aussi la belle observation de plaies pénétrantes de la plèvre et du diaphragme avec rupture de la face convexe du foie présentée par M. *Gérard Marchant* au nom de M. *Lenormant*, ainsi que l'observation si remarquable de plaie du cœur guérie par la suture, par M. *Fontan*.

M. *Tuffier* a présenté une malade guérie d'une gangrène pulmonaire par pneumotomie; il nous a montré également un exemple de guérison obtenue par ce mode d'intervention dans un cas d'ectasies bronchiques multiples. A ce propos s'est engagée une discussion sur le siège des signes stéthoscopiques relativement au siège des cavités, discussion à laquelle ont pris part MM. *Walther*, *Delbet*, *Bazy*. M. *Michaux* a fait observer combien les symptômes de bronchite purulente sont le plus souvent hors de proportion avec les dimensions des cavités bronchiques.

La chirurgie de **l'abdomen** occupe une large place dans vos Bulletins.

Une observation de plaie de l'estomac et de la rate par balle de revolver lue par M. *Demoulin* et rapportée par M. *Rochard* a été l'origine d'une discussion entre MM. *Hartmann*, *Michaux*, *Potherat*, *Reclus*. La doctrine, défendue ici pour la première fois par M. *Chauvel*, de la laparotomie exploratrice d'emblée dans les cas de plaies de l'abdomen par coup de feu, n'a plus trouvé que des défenseurs. Un succès opératoire obtenu par M. *Bazy* est venu appuyer cette manière de voir.

Les divergences subsistent encore relativement à la conduite à tenir vis-à-vis des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. M. *Bazy* a présenté un malade laparotomisé pour une rupture intestinale par coup de pied de cheval. Pour M. *Terrier* et pour M. *Bazy*, tout individu qui vient de recevoir un coup de pied de cheval à toute volée et qui présente de la rigidité de la paroi doit être laparotomisé immédiatement. Par contre, MM. *Delorme* et *Nimier* restent opposés à cette intervention systématique : sur 20 blessés par coup de pied de cheval, M. *Nimier* n'en a opéré que 2, l'un qui avait une rupture de la rate, l'autre du foie; les 18 blessés non opérés ont guéri.

Comme suite à une discussion commencée l'année dernière, M. *Delbet* a fait une communication sur l'adénopathie dans les **cancers de l'estomac**; il a établi que, dans l'estomac aussi bien que dans les autres organes, peuvent exister des cancers d'une extrême malignité dans lesquels l'engorgement ganglionnaire joue un rôle prépondérant.

MM. *Tuffier*, *Walther*, *Rochard* ont apporté leurs observations de **pylorectomie** pour cancers, et MM. *Hartmann* et *Cuneo*, reprenant dans un important mémoire les indications de cette opération, ont précisé plusieurs points de technique.

Tout récemment, à l'occasion d'un rapport de M. *Routier* sur deux observations de M. *Lafourcade*, la **gastro-entérostomie** a été soumise à une discussion approfondie. La gastro-entérostomie antérieure est défendue par MM. *Routier*, *Schwartz*, *Reclus*; ce dernier vient d'observer après gastro-entérostomie postérieure trois faits pouvant faire croire au *circulus viciosus*. Les troubles imputés au *circulus viciosus* ne seraient pas toujours l'indice du fonctionnement à rebours de l'anse anastomosée; telle est, du moins, l'opinion de M. *Hartmann*, qui pense que souvent il s'agit d'un défaut de contractilité de l'estomac pouvant être réveillée par l'ingestion brusque d'une certaine quantité d'aliments, et de M. *Delbet*, pour qui les vomissements ne doivent être attribués qu'à des phénomènes nerveux tenant à des conditions encore à déterminer dans le mode d'abouchement intestino-stomacal. Deux cas communiqués, l'un par M. *Schwartz*, l'autre par M. *Delbet*, tendraient à prouver l'exactitude de cette manière de voir. M. *Tuffier* reste néanmoins partisan de la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

A la suite du rapport de M. *Routier*, M. *Guinard* a fait connaître, avec pièce à l'appui, un cas très instructif d'estomac biloculaire : les deux dilatations se trouvaient unies par un long rétrécissement canaliculé. M. *Reclus* a cité un cas analogue.

Les difficultés du diagnostic du **cancer stomacal** ont été étudiées par MM. *Routier*, *Guinard*, *Poirier*, *Reclus*, *Tuffier*, *Hartmann*, *Delbet*, *Broca*. M. *Tuffier* a rappelé la valeur de l'hématologie au point de vue de ce diagnostic, et MM. *Hartmann* et *Silhol*, dans un mémoire très documenté, nous ont révélé la valeur séméiologique de l'examen du sang dans les maladies de l'estomac; leur conclusion est que l'on doit penser au cancer de l'estomac lorsqu'on constate très nettement l'association d'une anémie bien caractérisée et d'une leucocytose marquée.

Je vous rappellerai aussi, à propos de la chirurgie stomacale, l'ingénieux procédé de **gastrostomie** de M. *Poirier* basé sur la facilité avec laquelle, sur le vivant, on obtient la séparation des tuni-

ques musculeuse et muqueuse. On fixe à la peau un cône musculaire qui est ouvert à son sommet; on obtient ainsi un canal fermé à son fond par la muqueuse décollée et comme flottante, à laquelle on pratique un orifice aussi étroit que possible. La muqueuse forme valvule. La persistance de cette valvule est douteuse pour M. *Terrier* et pour M. *Reclus*. L'essentiel, pour avoir un orifice continent, est de l'établir le plus près possible du cardia. Des réflexions échangées entre MM. *Rochard*, *Bazy*, *Routier*, *Tuffier*, *Schwartz*, *Quénu*, *Lucas-Championnière*, *Reclus*, *Delbet*, *Richelot*, se dégagent deux notions capitales, savoir : que l'orifice doit être placé le plus haut possible près du cardia, et être aussi petit que possible. Quand ces deux conditions se trouvent réunies, tous les procédés sont bons.

Cette année encore, nous avons entendu d'intéressantes communications sur le traitement de l'**occlusion intestinale.** M. *Michaux* a lu un rapport des plus nourris sur une observation de M. *Auvray* : invagination aiguë chez un homme de vingt-neuf ans. Laparotomie. Guérison. M. *Michaux*, rapprochant de ce cas trois faits personnels observés chez l'adulte et quinze cas réunis dans la littérature médicale des trois dernières années, a pu tracer un tableau magistral de l'invagination chez l'adulte et montrer la difficulté et l'importance d'un diagnostic précoce. L'opération de choix est la désinvagination, lorsqu'elle est possible, et, à son défaut, la résection du boudin invaginé à travers une ouverture de la gaine, si l'invagination est compliquée. Cette résection, suivant M. *Michaux*, est moins grave et plus facilement applicable, dans les conditions ordinaires de la chirurgie, que la résection totale de l'invagination suivie du rétablissement de la continuité de l'intestin, soit à l'aide de la suture, soit par l'emploi du bouton de Murphy. Ce rapport a été pour MM. *Reclus*, *Broca*, *Brun*, l'occasion de citer des cas intéressants de leur pratique.

Dans le même ordre d'idées, j'indiquerai une observation de M. *Lyot* rapportée par M. *Kirmisson*, ayant trait à une enfant de dix ans guérie après laparotomie et désinvagination. M. *Kirmisson* a cité un cas de désinvagination suivie de guérison chez une enfant de quatre ans, et un cas très curieux de hernie rétro-cæcale prise pour une invagination et guérie également; il a insisté sur la valeur du signe de Cruveilhier (selles sanguinolentes) qui faisait défaut chez cette enfant, alors que tous les signes de l'invagination s'y trouvaient au grand complet.

M *Rochard* a rapporté une observation de M. *Morestin* qui

avait eu affaire à un volvulus avec engagement de l'anse tordue dans un orifice de son propre mésentère. Bien que l'opération de M. *Morestin* ait été pratiquée vingt-quatre heures après l'accouchement, la malade a guéri.

Pour terminer, je citerai les observations d'occlusion intestinale par l'appendice iléo-cæcal, communiquées par MM. *Monod*, *Potherat*, *Walther*, *Routier*.

La question de la conduite à tenir en présence des néoplasmes intestinaux a été soulevée par un rapport de M. *Tuffier* sur une observation de M. *Charrier*. Il s'agissait d'un cancer de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse. M. *Charrier* avait dû établir une **anastomose iléo-sigmoïde**. En raison des conditions particulières dans lesquelles se trouvait le néoplasme, M. *Tuffier* approuve cette conduite, mais en faisant observer cependant que l'exclusion d'une aussi grande étendue d'intestin ne saurait être érigée en méthode de choix, l'idéal restant toujours d'établir l'anastomose latérale sur des canaux de même volume, de même épaisseur et destinés aux mêmes fonctions. Avec M. *Tuffier*, M. *Hartmann* considère que l'idéal est d'anastomoser deux régions intestinales très voisines du néoplasme; mais, en pratique, il est prudent de veiller à ce que ces points n'en soient pas trop rapprochés, sous peine d'exposer à la propagation du néoplasme à la bouche anastomotique.

Dans l'établissement de l'anastomose, M. *Tuffier* et M. *Hartmann* préfèrent la suture à l'emploi du bouton de Murphy. M. *Hartmann* conseille d'établir une large communication entre les deux anses.

MM. *Tuffier*, *Berger*, *Hartmann* ne sont pas partisans de la fistulisation de l'anse exclue, conseillée par Mosetig. MM. *Guinard* et *Le Dentu* estiment, au contraire, que la fistule établie sur le cæcum est une précaution très utile, surtout lorsque l'anastomose porte entre la fin de l'iléon et le côlon transverse, par exemple. Revenant sur cette question si complexe de l'exclusion d'une portion de l'intestin, M. *Hartmann* s'est élevé contre l'exclusion *totale fermée*, pour n'accepter que l'exclusion *totale fistuleuse* de Hochenegg ou l'exclusion *unilatérale* de Hochenegg. Quant à M. *Terrier*, plein de défiance pour l'entéro-anastomose lorsqu'il s'agit de tumeurs néoplasiques végétantes, il lui préfère en pareil cas l'exclusion de l'intestin, exclusion totale qui pourra permettre de traiter ultérieurement l'affection intestinale et de pratiquer même complètement l'ablation de l'intestin exclu.

Les **péritonites par perforation** au cours de la *fièvre typhoïde* ont été étudiées dans une communication de M. *Loison* et dans un

rapport de M. *Lejars* sur une observation de M. *Legueu*. MM. *Loison* et *Legueu* ont eu la bonne fortune de guérir chacun un opéré. La perforation était survenue au seizième jour de la fièvre typhoïde chez le malade de M. *Loison*, au vingtième jour chez celui de M. *Legueu*. M. *Delorme* a cité également un succès.

M. *Lejars*, dans son rapport, a établi les indications opératoires et montré, d'après les faits connus, que la multiplicité des perforations typhoïdiques est moins commune qu'on ne l'a dit. Il a fait ressortir cette notion capitale que les péritoines des typhiques en pleine infection ne font pas d'adhérences et que l'intervention immédiate est la seule chance de salut. Un diagnostic précoce de la perforation est donc nécessaire et, d'après M. *Lejars*, qui en fournit les éléments, il n'est pas difficile. M. *Walther* a pu citer un cas démontrant que, par exception, la localisation de la péritonite n'est pas impossible. M. *Routier* a fait remarquer que les conditions de l'intervention sont bien meilleures pour les perforations du déclin de la fièvre typhoïde que pour celles du début.

MM. *Rochard* et *Walther* ont signalé, avec observations à l'appui, les difficultés qu'on éprouve dans certaines circonstances à établir un diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et l'appendicite.

Comme c'est la coutume depuis plusieurs années, l'**appendicite** n'a pas manqué d'attirer votre attention. Elle n'a pas suscité moins de quarante communications, rapports, ou présentations de malades et de pièces. Ainsi ont été étudiés et élucidés un certain nombre de points encore peu connus et d'un intérêt pratique considérable.

Pour les abcès du foie et de la rate, d'origine appendiculaire, je citerai MM. *Loison*, *Poirier*, *Routier*, *Kirmisson*. Ce dernier a présenté un enfant guéri d'un volumineux abcès du foie et d'une pleurésie appendiculaire droite. M. *Nimier* a signalé un cas d'abcès de l'épiploon développé loin de l'appendice. MM. *Ricard* et *Michaux* ont communiqué de curieux exemples d'adénites inflammatoires tardives nécessitant une intervention spéciale. A côté de ces adénites péri-appendiculaires et rétro-coliques, M. *Gérard Marchant* a cité trois observations d'adénites pré-cæcales. MM. *Quénu* et *Cavasse*, réunissant ces adénites, les péri-iléites et les pérityphlites vraies, ont proposé d'attribuer à ce groupe d'inflammations la dénomination de para-appendicites. S'il est permis, avec MM. *Delbet* et *Le Dentu*, de critiquer la valeur du terme, il n'en est pas moins vrai que la connaissance de ces faits bien observés a une importance qui n'échappera à personne.

Toutefois, suivant la très juste remarque de notre collègue *Routier*, on ne saurait être trop circonspect avant de refuser aux lésions appendiculaires tout rôle pathogénique dans le développement de ces para-appendicites. Telle n'est pas, cependant, l'opinion de M. *Bazy*, qui continue à revendiquer, pour l'*antique typhlite*, une place modeste à côté de l'appendicite.

MM. *Brun* et *Tuffier* ont cité des observations d'infection purulente survenant à une époque plus ou moins tardive, après des opérations d'appendicite. On peut rattacher, ce me semble, à cette catégorie d'accidents, les faits si exceptionnels et si graves d'hémorragies viscérales signalés par MM. *Kirmisson*, *Delbet*, *Broca*, *Walther*, à la suite d'opérations pour appendicite.

Le diagnostic de la péritonite aiguë appendiculaire a été l'objet d'un travail de M. *Jeanne* et d'un rapport de M. *Tuffier*. MM. *Albarran* et *Schwartz* ont cité des cas de péritonites généralisées guéries par laparotomie. M. *Moty* a obtenu, dans ces circonstances, un beau succès par l'ébouillantage du péritoine, et MM. *Reclus*, *Routier*, *Quénu* et *Lucas-Championnière* nous ont présenté d'intéressantes remarques sur l'emploi et le mode d'action de l'eau très chaude.

Les abcès pelviens de l'appendicite ont été étudiés au point de vue de l'intervention par M. *Delanglade*, qui a très clairement exposé les indications et le manuel opératoire pour leur ouverture par l'incision prérectale.

Enfin une forme clinique jusqu'ici peu connue, l'appendicite chronique d'emblée, a été établie par MM. *Walther*, *Brun* et *Nimier*. M. *Walther* a appelé l'attention sur les troubles digestifs qui caractérisent cette forme et montré le rôle de l'infection et des épiploïtes dans la pathogénie des accidents. MM. *Nimier* et *Bazy* ont, eux aussi, apporté des exemples intéressants d'épiploïtes.

Je citerai encore à titre de faits exceptionnels les pièces d'agglomérations iléo-cæcales péri-appendiculaires présentées par M. *Doyen*; les diverticules de l'appendice; les kystes para-appendiculaires de M. *Walther*; les pièces d'appendicite provoquée par un lombric (M. *Brun*); par un tricocéphale vivant (M. *Guinard*); et le cas de perforation de l'appendice et de l'iléon par une arête de poisson et un os d'oiseau (M. *Guinard*).

Le traitement des **kystes hydatiques du foie** a été discuté à propos du rapport consacré l'an dernier par M. *Delbet* à un travail de M. *Jonnesco*. La réduction sans drainage (méthode de *Delbet*) a rallié presque tous les suffrages. MM. *Quénu*, *Hartmann*, *Bouglé*, *Brun*, *Gérard Marchant*, *Routier*, *Monod*, *Schwartz*, *Peyrot*, *Poirier* ont accepté, d'une façon générale, les indications posées par

M. *Delbet*; ils ont cité des observations, présenté plusieurs malades, démontrant la valeur de cette méthode qui abrège si singulièrement la durée de la guérison.

La technique s'est perfectionnée en même temps qu'elle se simplifiait : les vésicules filles doivent être enlevées avec soin (*Hartmann*, *Peyrot*, *Tuffier*); les kystes doubles doivent être reconnus et traités (*Routier*) ; les lavages sont reconnus inutiles, la cavité kystique étant aseptique (*Quénu*, *Delbet*). Le grattage de la poche doit être proscrit comme dangereux (*Delbet*).

Comme contre-indications à l'emploi de cette méthode, on ne connaît guère que la calcification de la paroi kystique (*Poirier*) et le développement intra-thoracique du kyste (*Delbet*). Dans ces conditions, le capitonnage est très difficile, sinon impossible (*Delbet*). La première manière de M. *Delbet* s'est simplifiée ; lui-même laisse de côté, le plus souvent, le capitonnage pour s'en tenir à la réduction après suture. Cette suture semble même inutile à M. *Ricard*, qui a rappelé le cas d'une malade chez laquelle, après avoir ouvert le kyste et l'avoir vidé, il a tout réintégré dans le ventre sans suture et refermé la paroi abdominale ; au huitième jour la malade était guérie. MM. *Guinard*, *Rochard* et *Routier* tiennent eux aussi le capitonnage pour une complication inutile et se contentent de la réduction après simple suture.

La ponction des kystes hydatiques n'est plus guère défendue que par M. *Potherat*, et la marsupialisation par MM. *Potherat* et *Kirmisson*. Ce dernier s'élève contre la proscription absolue de cette méthode.

Les greffes des kystes hydatiques nous ont valu une intéressante controverse zoologique entre MM. *Peyrot*, *Potherat*, *Quénu*, *Ricard*, *Routier*, *Michaux*, *Broca*, *Tuffier* qui ont apporté des exemples fort curieux et d'un réel intérêt pratique.

Sous le titre de cirrhose hépatique au début, guérison par la cholécystostomie, fistule biliaire persistante, cholécystectomie sous-séreuse, M. *Pauchet* a lu un travail qui a fourni à M. *Michaux* matière à un rapport sur l'intervention chirurgicale dans les **cirrhoses hépatiques biliaires**.

Pour M. *Michaux*, il s'est agi, dans le cas de M. *Pauchet*, d'une angiocolite infectieuse légère, plutôt que d'une cirrhose proprement dite. Aussi bien, il n'est pas facile, à l'heure actuelle, de classer, au point de vue pathogénique, les cirrhoses hypertrophiques biliaires, et la tendance à les rattacher à une origine infectieuse s'accentue de jour en jour. Aussi M. *Michaux* approuve-t-il M. *Pauchet* d'avoir ouvert les voies biliaires, ouverture qui permet la décharge progressive des éléments infectieux contenus

dans la bile, ainsi que l'ont établi MM. Terrier, Quénu, Delagénière. Cette intervention doit être précoce, pour permettre aux cellules hépatiques déjà atteintes de revenir à l'état normal, et à la cirrhose qui commence de rétrocéder et de disparaître. M. *Hartmann*, en dépit du succès opératoire obtenu par M. *Pauchet*, ne pense pas que la cholécystostomie ait été indiquée dans ce cas, puisqu'il n'y avait pas rétention biliaire. Dans un cas analogue, il a obtenu la guérison par une simple laparotomie exploratrice. M. *Terrier*, élargissant la question, a rappelé que les affections du foie, justiciables de la chirurgie, sont surtout des infections des voies biliaires. L'intervention doit avoir pour but d'assurer l'expulsion de la bile contaminée et infectée; plus la bile coule facilement, plus vite on voit disparaître l'inflammation des voies biliaires et les accidents fébriles infectieux. Mais la fistule n'est pas toujours facile à obtenir et surtout à maintenir. Les cas les plus défavorables sont ceux dans lesquels la vésicule calculeuse est rétractée et atrophiée. Le pronostic doit être d'autant plus réservé que l'on ignore encore jusqu'où s'est étendue l'atrophie inflammatoire chronique sur les voies biliaires directes, canaux hépatiques et canal cholédoque. Les altérations des cellules hépatiques se traduisent par une diminution de l'urée excrétée en vingt-quatre heures. *M. Delbet* est partisan de la fistule biliaire dans les cas d'infection bien caractérisée, mais, pour les obstructions purement mécaniques, il préfère la cholécystentérostomie. Certaines affections hépatiques peuvent guérir par simple laparotomie exploratrice. Dans un cas de *M. Routier*, la laparotomie exploratrice, suivie seulement de l'expression de la vésicule distendue, amena la guérison. *M. Quénu* a établi que dans des cas de rétention biliaire incomplète on peut obtenir des guérisons durables par laparotomie simple sans ouverture de la vésicule. MM. *Picqué*, *Lejars*, *Michaux*, *Ricard*, ont précisé les conditions opératoires et la technique pour l'oblitération des fistules biliaires persistantes à la suite des cholécystites calculeuses. Enfin, à propos d'un malade de *M. Reynier*, opéré d'un calcul du cholédoque par cholédocotomie sans suture et chez lequel l'écoulement de la bile avait produit un léger sphacèle des bords de la plaie, MM. *Walther* et *Terrier* ont insisté sur la septicité du contenu du cholédoque et sur l'insuccès habituel des sutures sur ce canal. MM. *Michaux*, *Lejars*, *Routier*, *Schwartz* sont restés néanmoins partisans de cette suture primitive, lorsqu'elle est possible, car elle a réussi assez souvent, notamment dans trois cas de M. *Michaux*.

La chirurgie du **rein** vous a longuement occupés. M. *Ricard* ayant présenté un cas de néphrectomie secondaire pour rupture

du rein, MM. *Gérard Marchant*, *Reynier*, *Tuffier*, *Ricard* ont discuté les indications de la néphrectomie primitive et secondaire dans les traumatismes de cet organe.

Une observation de néphrotomie pour infection colibacillaire, par M. *Pousson*, a permis à M. *Monod* de citer un cas analogue, guéri par néphrectomie, tandis que MM. *Routier* et *Potherat* apportaient chacun un fait de guérison par simple néphrotomie et drainage,

La **tuberculose rénale** et la valeur diagnostique du **cathétérisme urétéral** ont provoqué des discussions aussi intéressantes que passionnées. M. *Pousson*, dans un travail basé sur douze opérations, a examiné la valeur absolue et comparative de la néphrotomie et de la néphrectomie dans la forme pyélonéphrétique de la tuberculose rénale. Pour lui, la néphrectomie est l'opération de choix, la néphrotomie, l'opération de nécessité, commandée seulement par le mauvais état de l'autre rein ou de la santé générale. Dans ses néphrectomies, M. *Pousson* dissèque l'uretère aussi loin que possible et le résèque après ligature au catgut; M. *Reynier* est d'accord avec M. *Pousson*. Pour M. *Tuffier*, qui regarde, lui aussi, la néphrectomie comme l'opération de choix, les indications de la néphrotomie sont plus fréquentes que ne l'admet M. *Pousson*, et cela, parce que le diagnostic de l'intégrité ou de la non-intégrité de l'autre rein reste bien souvent incertain malgré le cathétérisme urétéral. Pour éviter la fistule après la néphrectomie, il faut faire uue urétérectomie aussi étendue que possible, au moins lorsqu'il existe une urétérite ulcéreuse avec dilatation moniliforme du canal. Pour M. *Albarran*, les indications de la néphrotomie sont au contraire très restreintes; le cathétérisme urétéral, qui est un procédé simple, inoffensif et facile à appliquer chez presque tous les malades, renseignant avec certitude sur l'état des deux reins; la néphrectomie sera pratiquée aussitôt que le diagnostic aura été posé. Quant à l'urétérectomie totale, elle ne doit être faite que lorsqu'elle est facile, autrement elle aggrave l'opération; d'ailleurs elle n'est pas nécessaire, les lésions urétérales pouvant régresser après l'ablation du rein tuberculeux. M. *Tuffier* n'est pas partisan du cathétérisme urétéral, il le considère comme dangereux et capable d'infecter le rein sain ; il le rejette, car l'étude chimique et biologique de l'urine totale permet d'ordinaire d'avoir des présomptions fort sérieuses sur l'état des deux reins. L'adversaire le plus irréconciliable du cathétérisme urétéral est M. *Bazy :* c'est un moyen d'exploration infidèle, dangereux, et, par surcroît, inutile, puisque l'épreuve du bleu de méthylène permet de diagnostiquer les lésions bilatérales du rein. Quant à M. *Routier*, qui n'a

jamais observé d'accident à la suite du cathétérisme urétéral, il reconnaît l'importance des indications qu'il fournit, mais le principal reproche qu'il lui adresse est la difficulté de son application.

Pour M. *Routier*, la néphrectomie est l'opération préférée ; il reconnaît qu'elle peut être excellente au début, mais elle n'est justifiée que par des accidents sérieux, au premier rang desquels se place l'hémorragie. M. *Reynier* croit, lui aussi, qu'il n'y faut recourir qu'avec réserve ; quant à MM. *Walther*, *Delbet*, *Pousson*, *Quénu*, *Poirier*, ils en sont résolument partisans.

Vous le voyez, la discussion n'est pas close ; ainsi que l'a très bien dit M. *Kirmisson*, le cathétérisme urétéral est un mode d'exploration à expérimenter. Seuls des faits nombreux permettront d'en apprécier la valeur d'une façon définitive.

Dans le traitement de la **grossesse extra-utérine**, M. *Reynier* reste toujours partisan de la laparotomie qui, pour lui, est la méthode de choix ; la colpotomie, bonne pour les petites hématocèles, est peu sûre pour les hématocèles très volumineuses, de date relativement récente, c'est-à-dire de un ou deux mois. M. *Picqué* tient, au contraire, à l'adoption de la colpotomie comme méthode générale.

M. *Delbet*, dans un rapport sur une observation de M. *Psaltoff*, a posé la question de l'infection du kyste fœtal, infection qui se ferait probablement par le fait de microbes venus de l'intestin par des adhérences.

La conduite à tenir vis-à-vis du placenta, a été discutée à l'occasion d'un rapport de M. *Richelot*, sur une observation de M. *Pauchet*. MM. *Monod*, *Reynier*, *Lucas-Championnière*, *Potherat*, *Guinard*, *Le Dentu*, conseillent de le respecter ; seul, M. *Hartmann* préconise d'une façon générale l'ablation du placenta.

Un rapport de M. *Routier* sur quatre cas de grossesses extra-utérines rompues, présentées par MM. *Auvray* et *Morestin*, a donné naissance à un débat approfondi sur le traitement de l'inondation péritonéale ; la laparotomie seule est ici de mise ; seule elle permet de parer aux accidents qui menacent la vie. Telle est, au moins, l'opinion de M. *Routier* et de la très grande majorité de nos collègues. Le péritoine doit être complètement asséché, et le drainage proscrit ; le tamponnement à la Mikulicz n'est admissible que s'il y a un saignement en nappe ; mais il ne faut pas négliger de lui adjoindre un large drainage. MM. *Reynier*, *Quénu* partagent la manière de voir de M. *Routier*. M. *Reynier* fait un lavage si le sang s'écoule mal. M. *Quénu* proscrit le lavage, qui complique l'intervention. Lorsque le drainage est nécessaire, ce qui est très exceptionnel pour M. *Delbet*, MM. *Tuffier* et *Quénu* emploient de

gros drains rigides. M. *Bazy* est seul à ne pas partager la réprobation générale pour le Mikulicz.

Une discussion s'est engagée à propos des injections de sérum destinées à remonter les malades en état de shock. M. *Routier* les considère comme dangereuses et capables d'augmenter l'hémorragie en augmentant la tension vasculaire. M. *Reynier* lui répond, d'après les recherches de Hayem, Roger, Delbet et d'après les siennes propres, que si les injections intra-veineuses de sérum relèvent la pression artérielle, elles ne l'élèvent pas au-dessus du taux normal et que, loin de favoriser l'hémorragie, elles ont une action hémostatique, action indiscutable suivant MM. *Poirier* et *Tuffier*.

Un point intéressant de pathogénie a été indiqué dans un rapport de M. *Tuffier* sur une observation de M. *Letoux*, intitulée : inondation péritonéale par rupture d'une grossesse ovarienne probable. Cette hémorragie par rupture d'un follicule de Graff montre que la grossesse extra-utérine n'est pas seule responsable des inondations péritonéales d'origine annexielle. M. *Delbet* a cité le fait d'une hémorragie mortelle par rupture d'une veine intraligamenteuse.

Je noterai, en terminant, la curieuse pièce de grossesse tubointerstitielle avec fœtus de huit mois, mort depuis dix-sept mois, que nous a présentée M. *Ricard;* la pièce de grossesse extra-utérine compliquée d'hémato-salpinx apportée par M. *Picqué*, et celle de grossesse extra-utérine compliquant un fibrome présentée par M. *Schwartz*.

A l'actif de la chirurgie de l'**utérus** et des **annexes** je trouve plusieurs présentations de pièces de fibromes utérins apportés par MM. *Arrou, Doyen*, *Schwartz*, *Tuffier*; ce dernier a montré huit fibromes retirés d'un même utérus par énucléation après anesthésie lombaire à la cocaïne; quelques jours plus tard, il nous faisait une importante communication sur l'extirpation des fibromes par voie abdominale avec conservation de l'utérus et des annexes. Les indications, contre-indications, aussi bien que la technique opératoire, ont été précisées avec le plus grand soin.

Peu de choses à mentionner relativement à la chirurgie de l'**ovaire**. Je relève seulement une observation de kyste de l'ovaire simulant une grossesse ectopique rompue, par M. de *Vlaccos*; un rapport de M. *Richelot*, sur une observation de M. *Pauchet* ayant trait à un kyste de l'ovaire adhérent; l'ablation ayant nécessité l'excision de la partie antérieure du côlon pelvien, M. *Pauchet* obtint la réparation de la perte de substance au moyen des débris du kyste. M. *Michaux* a présenté une malade opérée d'un kyste

végétant propagé à l'épiploon et au péritoine. L'uretère blessé avait dû être abouché dans le cæcum, avec un plein succès opératoire. MM. *Richelot*, *Quénu*, *Terrier* et *Lucas-Championnière* ont cité plusieurs exemples de ces guérisons singulières de tumeurs ovariques végétantes.

Les **fistules vésico-vaginales** ont été étudiées par M. *Ricard*, qui nous a communiqué l'observation d'une malade atteinte de fistule urétro-vésico-vaginale opérée par lui dans le service de M. *Monod* et démontrant l'efficacité de son procédé de dédoublement dans les cas les plus complexes. Ce procédé a donné à M. *Bazy* un beau succès dans un cas de destruction totale de la paroi vésico-urétro-vaginale.

La chirurgie des **hernies** est représentée par une communication de M. *Delbet* sur les résultats éloignés de la cure radicale; les faits réunis par M. *Delbet* établissent la rareté des récidives. De la discussion qui a suivi et à laquelle ont pris part MM. *Routier*, *Lejars*, *Reclus*, *Delorme*, *Terrier*, *Poirier*, *Segond*, deux conclusions pratiques sont à tirer : 1° que tous les procédés simples sont excellents pour les jeunes sujets; 2° que les procédés complexes, le Bassini par exemple, et même la reconstitution soignée de la paroi, au besoin après sacrifice du testicule, doivent être réservés aux sujets âgés et aux grosses hernies avec relâchement de la paroi abdominale. M. *Chaput* a présenté un cas de cure radicale de hernie crurale par un fragment de cartilage costal pris sur le même sujet. Des faits de MM. *Delbet* et *Ricard* font craindre la résorption ultérieure de ce fragment obturateur.

Je mentionnerai encore les observations ou présentations de MM. *Souligoux* (hernie intestinale étranglée avec ectopie testiculaire), *Chavannaz* (nœud épiploïque dans une hernie inguinale), *Cahier* (hernie inguinale congénitale étranglée d'emblée en même temps que se produisait une hydrocèle volumineuse), *Michaux* (torsion partielle de l'épiploon dans un sac herniaire), *Demoulin* (hernie appendiculaire crurale enkystée), *Berger* (hernie appendiculaire crurale étranglée). Enfin, je dois citer un rapport de M. *Berger* sur une communication de M. *Huguet*, relative à trois cas de hernies ombilicales chez des enfants nègres, avec remarques très intéressantes sur la fréquence des hernies chez les Arabes des régions sahariennes, les Berbères et les nègres.

Plusieurs points relatifs à la chirurgie du **rectum** ont été étudiés et élucidés.

Dans un rapport sur une observation de **prolapsus rectal**

traité par M. *Pauchet* par la recto-coccypexie, M. *Gérard Marchant* a émis quelques idées nouvelles sur la pathogénie et le mécanisme du prolapsus. Avec Ludlow il rapporte à la hernie périnéale primitive la plupart des prolapsus du rectum qui, souvent, dans le jeune âge, sont des *prolapsus de force*. Cette conception pathogénique, basée sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, permet de considérer la recto-coccypexie comme le traitement de choix du prolapsus rectal ou ano-rectal caractérisé par le refoulement en dedans du rectum de toutes ses tuniques constituantes. MM. *Hartmann*, *Tachard*, adoptent les conclusions de M. *Gérard Marchant*. Seul, M. *Reynier* fait quelques réserves. M. *Gérard Marchant* ayant avancé que la hernie du cul-de-sac péritonéal de Douglas pouvait être favorisée par une disposition congénitale, M. *Duret* se trouve d'accord avec lui pour admettre cette variété de prolapsus qui sera justiciable de l'opération de *Gérard Marchant*; toutefois, il faut accepter aussi que d'autres prolapsus acquis par élargissement ou élongation de l'ampoule devront être traités par l'exérèse de lambeaux elliptiques de la muqueuse et par des rectorrhaphies suivies de périnéorrhaphies.

Avec MM. *Hartmann* et *Carlier*, M. *Duret* se rallie à la résection du prolapsus, lorsque la tumeur est irréductible ou lorsque les parties prolabées sont ulcérées ou gangrenées. M. *Delorme* préconise un procédé d'excision de la muqueuse qui, réservé jusqu'ici au prolapsus purement muqueux, est également applicable lorsque toutes les tuniques participent à la chute, qu'il y ait ou non invagination. Il décrit avec soin la technique de son procédé qui permet de réséquer vingt ou trente centimètres de muqueuse. M. *Poirier*, qui a employé une fois ce procédé, le trouve d'exécution facile et le croit indiqué lorsque des ulcérations de la muqueuse doivent faire rejeter les procédés de fixation après réduction.

Je citerai encore les présentations ou les observations de MM. *Delorme*, *Billot*, *Dupraz*, sur la cure radicale des hémorroïdes; l'observation de tumeur épithéliale rétro-rectale enlevée par M. *Schwartz*, à propos de laquelle MM. *Poncet* et *Quénu* ont fait d'intéressantes remarques sur la pathogénie et le mode de développement des tumeurs péri-intestinales. M. *Walther* ayant enlevé par laparotomie une tumeur de la face antérieure du sacrum qu'il a considérée comme un sarcome, M. *Poncet*, a émis l'hypothèse que cette tumeur était peut-être un xanthome. MM. *Tillaux*, *Quénu*, *Segond* préfèrent, pour aborder les tumeurs ainsi placées, la voie périnéale à la voie abdominale.

Des observations de MM. *Quénu*, *Potherat*, *Le Dentu*, *Reclus*, *Pozzi* ont démontré la possibilité d'une survie prolongée après les opé-

rations de cancer du rectum, survie observée presque toujours, comme l'a fait observer M. *Bazy*, sur des sujets âgés. D'autre part M. *Nimier* a présenté une pièce de cancer du rectum ayant entraîné la mort en quatre ou cinq mois chez un homme de vingt et un ans.

Du côté des **organes génitaux de l'homme**, je ne trouve à mentionner que quelques communications ou présentations de MM. *Lucas-Championnière*, *Routier*, *Mignon*, sur le traitement de l'ectopie testiculaire et les résultats éloignés de l'intervention.

Le traitement du varicocèle a été l'objet d'une communication de M. *Loison*, qui préconise le procédé de Narath, procédé que MM. *Poirier* et *Delorme* n'acceptent pas sans réserves et que repoussent MM *Reclus*, *Berger*, *Lucas-Championnière*, *Routier*, considérant tous la résection large du scrotum comme l'opération de choix. M. *Brault* emploie dans les varicocèles compliqués un procédé mixte, excision postéro-latérale du scrotum avec résection veineuse.

J'en arrive, Messieurs, à la **chirurgie des membres** et de l'**appareil locomoteur**.

Le rôle de la **radiographie** dans l'étude des fractures des membres a été mis au point dans un important débat. M. *Bazy* a présenté un cas de fracture récente de l'humérus que la radiographie laissait à peine soupçonner. MM. *Reclus*, *Maunoury* ont attiré l'attention sur cette particularité, imputée par M. *Loison* à une défectuosité de technique, que, souvent, les fractures des métatarsiens ne sont révélées qu'au bout d'un certain temps. MM. *Bazy*, *Tuffier*, *Berger*, s'accordent pour dire qu'il est indispensable, pour avoir un renseignement précis, de prendre des radiographies sous des angles divers. Avec une communication très documentée et très scientifique de M. *Hennequin*, l'étude de cette question a pris de l'ampleur. Pour répondre à M. *Tuffier*, qui avait présenté des radiographies attestant notre impuissance à réduire et à maintenir réduites les fractures, sans que le résultat fonctionnel eût pour cela à en souffrir, opinion conforme à celle que M. *Lucas-Championnière* a souvent défendue ici, M. *Hennequin* en a appelé de cette faillite des moyens de traitement des fractures ; il a établi, en outre, que la radiographie et la radioscopie peuvent aussi bien exagérer des déviations de fragments osseux que ne pas révéler des déplacements réels. Il ne faut accorder qu'une confiance limitée aux impressions produites par les rayons X sur des plaques sensibles. Par des graphiques très précis, il a donné les éléments de la correction mathématique des déplacements et des difformités figurés sur les épreuves. L'importance médico-légale de cette donnée relative à la valeur intrinsèque de la radiogra-

phie a été relevée par MM. *Kirmisson* et *Félizet*, mais surtout par M. *Reynier*, qui a montré, d'après des épreuves prises par M. *Contremoulins* sur un membre immobilisé dans un appareil plâtré, que ces déplacements, ces difformités sont absolument différents suivant la position du foyer lumineux. Il n'en est pas moins vrai que la perspective d'une épreuve radiographique de contrôle doit engager les chirurgiens à redoubler d'attention dans le traitement des fractures, car s'il est certain, comme le pense M. *Lucas-Championnière*, que la perfection de la forme n'est pas absolument nécessaire au bon fonctionnement d'un membre, après guérison d'une fracture, il n'en subsiste pas moins ce fait indiscutable que nous devons chercher à nous rapprocher le plus possible de l'idéal, qui est d'obtenir la perfection de la forme et la perfection de la fonction. Telle est l'opinion soutenue par M. *Kirmisson* et par M. *Delorme*.

Je dois encore signaler, à propos du traitement des fractures, les présentations de suture de la rotule faites par MM. *Arrou* et *Schwartz*; la présentation, par M. *Poirier*, d'une fracture de l'extrémité supérieure du radius traitée par l'extirpation de la tête; enfin la présentation, par M. *Cahier*, d'une épreuve radiographique montrant une fracture verticale de l'extrémité inférieure du radius. A mentionner également, l'étude de MM. *Potherat* et *Hue* sur les fractures du calcanéum par arrachement; les faits intéressants présentés par MM. *Delbet* et *Broca* de fracture itérative de l'humérus, avec gros cal simulant une tumeur. Je rappellerai aussi la présentation, par M. *Routier*, d'une fracture itérative de l'olécrane.

Les **luxations anciennes** du coude et de l'épaule ont été le sujet de deux communications, l'une de M. *R. Le Clerc* sur une luxation du coude datant de trois mois et réduite par arthrotomie avec résultat excellent, l'autre de M. *Ricard* sur une luxation ancienne de l'épaule traitée également par l'arthrotomie. A propos de ce dernier fait, MM. *Nélaton* et *Delbet* ont affirmé, avec preuves à l'appui, la supériorité de la résection sur l'arthrotomie pour les cas où les troubles fonctionnels sont très prononcés, et, d'autre part, la supériorité de l'abstention lorsque le fonctionnement du membre est peu gêné.

M. *Brun* a présenté deux malades montrant les résultats définitifs de la réduction non sanglante des **luxations congénitales** de la hanche; enfin, vous n'avez pas oublié les communications de M. *Loison* sur la radiographie dans les affections articulaires.

MM. *Mally* et *Mignot* ont fait connaître leurs recherches expé-

rimentales sur les **amyotrophies d'origine articulaire.** Ce travail a été l'objet d'un rapport de M. *Hartmann;* il tend à démontrer l'existence d'altérations médullaires qui, suivant MM. *Reynier* et *Kirmisson*, pourraient bien n'être que consécutives à des névrites périphériques.

Les affections du **membre supérieur** ont donné lieu à diverses présentations. Je citerai, la présentation d'un malade ayant subi l'amputation inter-scapulo-thoracique pour un chondrome de l'humérus, par M. *Morestin*; les opérations pour anévrisme sous-clavier de MM. *Monod* et *Tuffier*; le fait d'anévrisme diffus de l'aisselle, traité par la ligature de l'artère dans le foyer, par M. *Gérard Marchant*; la présentation de malades atteints d'ostéome du coude par MM. *Loison* et *Nimier*; enfin, le lipome d'un doigt présenté par M. *Potherat.*

Pour le **membre inférieur,** je dois mentionner une étude cinématographique de la marche dans la coxo-tuberculose par M. *Romnicéanu*; le cas de ligature de l'artère iliaque interne pour plaie de l'artère fessière par M. *Mauclaire*; l'ostéome de la région fessière, pièce présentée par M. *Schwartz*; l'ostéome de la cuisse, présentation de malade par M. *Delorme*; les observations de synovectomie pour tuberculose du genou, par MM. *Potherat* et *Mignon*; les observations d'arthrotomie pour lipome sous-synovial du genou, par MM. *Brun*, *Le Dentu*, *Tuffier*, *Delbet.*

Plusieurs opérations pour **anévrismes** nous ont été communiquées. Je citerai le cas d'anévrisme diffus consécutif de l'iliaque externe traité par la ligature de l'aorte avec survie de trente-neuf jours, par M. *Tillaux*; le cas d'anévrisme diffus de l'iliaque externe présenté par M. *Routier*; quatre extirpations d'anévrisme poplité par MM. *Arrou*, *Monod*, *Schmid*, *Veslin*; enfin l'observation d'anévrisme diffus de la tibiale antérieure communiquée par M. *Véron.*

Au point de vue de la **médecine opératoire pure,** je trouve à signaler un mémoire de M. *Szczypiorsky* sur l'opération de *Gritti* avec rapport de M. *Lejars* qui conclut à la supériorité de la désarticulation du genou sur l'opération de *Gritti.* L'appréciation de M. *Lejars* a été partagée par MM. *Routier*, *Bazy*, *Peyrot*, *Kirmisson;* en revanche, MM. *Poirier*, *Berger*, *Tuffier* ont défendu l'opération de *Gritti.*

MM. *Quénu* et *Duval* ont présenté un malade qui avait subi une amputation ostéo-plastique de jambe par le procédé de Bier. M. *Delbet* a apporté des pièces et des radiographies montrant la valeur du procédé d'amputation ostéo-plastique qui lui est propre. A noter également, un cas d'amputation sus-malléolaire par M. *Chevassu*, et un cas d'amputation sous-astragalienne par M. *Mignon*.

M. *Kirmisson* a amené un malade permettant de juger des résultats éloignés de l'amputation de Chopart. MM. *Berger*, *Ricard*, *Picqué*, *Poirier* se sont employés à la réhabilitation de cette opération. A citer, enfin, l'amputation antéscaphoïdienne de M. *Tuffier*; le malade qu'il a présenté nous a permis d'apprécier l'excellence du résultat obtenu.

J'en ai fini, Messieurs, avec cet exposé que vous trouvez, sans doute, un peu long. Prenez-vous-en pour beaucoup à vous-mêmes et à l'abondance des documents intéressants que vous avez mis à ma disposition. Je ne voudrais pas quitter cette place sans vous adresser mes remerciements les plus sincères pour l'extrême bienveillance avec laquelle vous avez facilité l'accomplissement de mes fonctions de secrétaire en me remettant, à chaque séance, les manuscrits de vos communications. Si nos bulletins y ont gagné en étendue, ils ont également gagné en précision et en clarté.

ARMAND DESPRÉS

(13 avril 1834 — 27 juillet 1896)

par M. PAUL SEGOND

Secrétaire général de la Société de Chirurgie.

Messieurs,

Ceux d'entre nous qui ont eu le privilège de connaître Després, de causer avec lui et surtout de l'entendre apporter à nos discussions la verve et l'entrain dont il détenait si bien le secret, ont sûrement gardé le souvenir de cette figure si originale et si parisienne, avec autant de précision qu'à la veille du jour où nous l'avons si cruellement perdu. Després avait, en effet, une physionomie et une manière d'être qui le gardaient de tout oubli possible et, de plus, jamais habitus extérieur ne fut en plus parfaite

harmonie avec les tendances ou les particularités intimes d'un caractère.

Petit de taille, alerte et remuant, il avait bien l'allure de l'homme actif, adroit et quelque peu sportif qu'il a toujours été; mais ce qui frappait en lui, le plus et tout de suite, c'était la malicieuse expression de son regard et de ses traits. Avait-il oui ou non la physionomie du rat, comme il se plaisait à le dire? (Peut-être pour avoir un droit de représailles qui lui permit de comparer quelques-uns de ses contemporains à des animaux de moindre intellectualité, tels que le dindon, le brochet ou l'âne porteur de reliques.) Je n'oserais me prononcer sur ce point, mais le fait bien certain c'est qu'on ne pouvait imaginer figure plus finement spirituelle. Son visage anguleux, dont l'ovale allongé se perdait, en bas, dans une barbiche grisonnante et tourmentée; ses joues glabres aux saillantes pommettes, ses moustaches fines, un peu ternies par l'éternelle cigarette qui ne quittait jamais ses lèvres, son front tout éclairé d'intelligence, enfin ses yeux pétillant d'esprit, tous ces détails réunis formaient, en vérité, l'ensemble le plus saisissant et le plus révélateur.

Cela est tellement vrai qu'à cette heure, et pour ceux-là mêmes qui ne l'ont point approché, il suffit de regarder l'un des portraits que nous avons de lui pour avoir aussitôt l'équation de ses aptitudes et de sa mentalité. Les physiognomonistes les moins entendus ne s'y tromperaient pas. A cet égard, la toile si vivante que nous devons au pinceau de Franzini d'Issoñcourt, et que chacun peut admirer à la Charité, dans le service même du maître, est particulièrement saisissante. La pose générale, l'expression du visage, la couleur, l'attitude de la tête et notamment celle de la main, dont l'index tendu semble en quête de quelque toucher explorateur, tout y est parfait. Il semble que Després va parler, critiquer ou contredire.

Aujourd'hui comme autrefois, on peut donc le répéter, il suffit de regarder Després pour deviner les dominantes de son esprit, trouver ainsi la cause et l'excuse de ses bizarreries et se convaincre, en définitive, de tout ce qu'il y avait en lui d'intelligence et de bonté. N'est-ce point dire combien cette belle peinture est consolante et précieuse pour tous ceux qui ont, avec nous et comme nous, le souci de voir se conserver, toujours équitable et juste, le souvenir du maître qui a si noblement tenu son rang et que je vais m'efforcer de faire un instant revivre devant vous?

Parisien de Paris, Armand-Eugène Després naquit le 13 avril 1834, dans une modeste maison du quartier Sainte-Geneviève, rue des Fossés-Saint-Jacques. Sa première enfance fut attristée par la

gêne qui régnait au foyer. Son père et sa mère peinaient déjà beaucoup pour élever deux enfants, un fils et une fille, et la joie d'en avoir un troisième fut certainement assombrie par les appréhensions d'une charge nouvelle. D'autant que le nouveau venu, malingre et chétif, allait exiger des soins très particuliers. De bonnes voisines, fort expertes en la matière, assuraient même qu'il ne vivrait pas. Par bonheur, le jeune Armand avait sans doute une heureuse étoile, et, malgré les doctes voisines, il grandit et se fortifia. Il se fit même remarquer de très bonne heure par la vivacité de son intelligence.

Jusqu'à dix ans, ses études furent naturellement sans direction, et c'est, paraît-il, à sa passion des images qu'il dut la précocité de ses premières connaissances. Une Bible, qu'il allait à tout instant feuilleter chez une amie de sa mère, le captivait particulièrement. Certain *Magasin pittoresque*, dont il avait la libre disposition, l'intéressait aussi beaucoup. Ce furent là ses deux premiers maîtres et ses uniques distractions d'enfant.

Un peu plus tard, son goût pour les images ne perdant rien de son intensité, il trouva dans la bibliothèque paternelle de quoi le satisfaire, et bientôt il préféra de beaucoup l'ostéologie aux versets de la Bible et les planches anatomiques aux images du *Magasin pittoresque*. C'est ainsi qu'il eut, tout jeune, une connaissance curieuse du squelette. Son père, Denis Després, alors interne des hôpitaux, ne pouvait manquer de s'en réjouir. Fier de son jeune et si précoce ostéologiste, il l'emmenait avec lui dans une école dite auxiliaire dont il était professeur, et lui confiait souvent le soin de faire la leçon. Les grands élèves s'en amusaient beaucoup et l'enfant s'y faisait chaque fois plus solide anatomiste. Mais tout cela n'était pas encore de l'éducation vraie. Quelques amis de la maison s'en émurent et, grâce à leur intervention, il fut admis comme boursier à la pension Pataud. L'année suivante son père, devenu chirurgien des hôpitaux, eut la possibilité de mieux faire encore : Armand Després entra comme externe au collège Henri IV et termina là ses humanités.

Puis, vinrent les études médicales proprement dites. Son goût d'enfant pour les images d'ostéologie l'y prédestinait assurément, et, devenu jeune homme, l'intimité qui l'unissait à son père, l'intérêt qu'il prenait à l'entendre causer avec ses élèves, et surtout avec des amis comme Nélaton, ne pouvaient qu'affirmer ses tendances premières. D'autre part, il avait vu de trop près les difficultés matérielles de la vie pour ignorer qu'en ce bas monde on ne peut guère compter que sur soi-même. Il se mit donc résolument à l'œuvre et se faisait nommer interne des hôpitaux à vingt trois ans.

Désormais, le jeune interne ne coûta plus rien à personne. Sans jamais prendre une heure de loisir, il ne quittait son labeur d'étudiant que pour donner des leçons ou faire les thèses de camarades plus fortunés que lui. Il écrivit même des articles d'almanach. Bref, il fit comme tant d'autres; il gagna laborieusement sa vie et le résultat, hélas! ne fut pas toujours proportionnel à ses efforts. Plus d'une fois, Desprès se plaisait à le raconter, il dut gagner le repas du soir avec une simple tasse de café pour tout acompte, et pourtant, ce repas unique ne lui coûtait que quinze sols.

De plus dures épreuves l'attendaient encore. La mort de son père, alors chirurgien de Bicêtre, devait en effet le laisser bientôt seul en face d'une situation très embarrassée et d'autant plus difficile que si les créanciers s'étaient faits très nombreux, les amis secourables, comme le furent toujours Richet et Nélaton, n'avaient point du tout suivi la même progression. Desprès ne perdit pas courage pour cela. Redoublant de travail et d'activité, il résolut de payer intégralement, et lui-même, les créanciers de son père; et, non content de cette première décision, il supplia sa mère de renoncer à la pension que lui servait une Association médicale, pour vivre avec lui et par lui.

De si vaillants efforts ne pouvaient rester stériles, et bientôt se réalisèrent tous les rêves caressés. Le passé se régularisa. Desprès put entourer sa mère au gré de ses tendresses; à trente ans, il était, à son premier concours, nommé chirurgien des hôpitaux, et à trente-deux ans, il obtenait le titre d'agrégé. Là s'arrêtent ses succès. Desprès ne connut ni la robe toute rouge ni l'habit aux palmes violettes, et les raisons qui le privèrent ainsi des investitures suprêmes sont la trop directe conséquence de son caractère pour beaucoup surprendre. Le titre de chirurgien d'hôpital suffisait du reste à toutes ses aspirations, en lui donnant, à la fois, le moyen d'assurer le bonheur de tous les siens et celui de satisfaire aussi bien ses aptitudes professionnelles que son goût pour l'enseignement.

Successivement chirurgien de Lourcine, de Cochin et de la Charité, adoré de sa femme et de ses enfants, entouré d'amis et de disciples dévoués, il parcourut donc, sans autres ambitions, les étapes successives de sa carrière, heureux des joies de son foyer et fier, comme il aimait tant à le dire, d'avoir conquis à lui seul « tout ce qu'on peut gagner à la force du poignet ». Quant aux heures difficiles du passé, il en avait oublié l'amertume pour n'en retenir que les leçons. Leçons parfois cruelles et mauvaises conseillères, mais qui, pour les cœurs haut placés comme le sien, ne sont jamais autre chose que la meilleure école où se puissent

apprendre la loyauté, le souci des droits d'autrui et le respect de soi-même.

Durant cette deuxième phase de l'existence de Després, la guerre de 1870 d'abord et la politique ensuite devaient toutefois donner une orientation nouvelle à son activité comme à son besoin de dévouement.

Lorsque vint la terrible année, Després s'était uni depuis quelques mois à peine à la compagne remarquable et bonne qui devait faire l'honneur et la joie de toute sa vie. Il partit néanmoins à la tête de la 7e ambulance. Infatigable autant que résolu, dévoué à l'excès, il suivit nos armées à Sedan, à Thionville, à Metz, puis à Beaugency. A Beaune-la-Rolande, il gagna la croix pour avoir empêché l'ennemi de s'emparer de nos blessés, et partout ailleurs, il se montra vraiment admirable d'abnégation et de dévouement. Il ne fit là que son devoir, c'est vrai. Français jusqu'aux moelles, patriote ardent qu'il était, ce devoir s'imposait à lui comme très élémentaire, mais il mit à le remplir tant de courageuse ardeur que cette belle page de sa vie ne mérite pas moins d'être saluée au passage.

Quant à la politique, c'est quelques années après qu'il en ressentit les premières atteintes. Son goût pour le paradoxe et les polémiques ardentes le prédisposait sans doute à s'engager, ne fût-ce qu'un instant, dans cette voie particulière, mais il est équitable de rappeler que pour lui, comme pour quelques autres, dit-on, la cause déterminante de cette vocation passagère fut, à la fois, une pensée de justice et le désir de combattre un bon combat. Ce fut, en effet, sur la question du renvoi des sœurs et de la laïcisation des hôpitaux qu'il se fit nommer conseiller municipal d'abord, et plus tard, en 1889, député, par 8.997 voix. Je ne me risquerai pas à refaire ni même à juger l'histoire de cette réforme. Je tiens seulement à faire remarquer deux choses :

La première, c'est que la conduite de Després, dans cette circonstance, fait autant d'honneur à sa droiture qu'à sa perspicacité. Honneur à sa droiture, parce qu'il eut la franchise de montrer par d'irréfutables arguments qu'en cette affaire, il eût été plus juste, plus simple et plus économique de perfectionner et d'instruire que d'expulser. Honneur à sa perspicacité, parce qu'il sut mettre à jour le but et le plan véritables des premiers instigateurs de la réforme, parce qu'il eut en un mot le courage de prouver et de proclamer que l'intérêt des malades n'était ici qu'un prétexte et que l'expulsion de nos congrégations hospitalières n'était qu'un commencement.

La deuxième, c'est qu'en accusant Desprès d'avoir, dans ses luttes contre la laïcisation des hôpitaux, écouté d'autres voix que celles de la justice et du bon droit, ceux de ses contradicteurs qui se sont, jadis, permis de formuler pareil soupçon n'ont fait que répandre une odieuse calomnie. Ce qui le prouve, c'est qu'avant de protester contre le renvoi des sœurs, il avait combattu avec non moins d'ardeur et, du reste, avec plus de succès, pour obtenir le retrait de certaine et déplorable mesure administrative qui permettait aux sœurs et aux aumôniers, comme aux convertisseurs d'espèces différentes, de lire la religion des malades sur leurs pancartes.

Aux élections de 1893, Després ne fut pas réélu. Son compétiteur l'emporta de 70 voix. Est-il besoin d'ajouter qu'il se consola vite de cet échec? Je ne le pense pas. Car, pour lui, tout ce qui n'était pas ses malades ou ses élèves demeurait toujours plus ou moins secondaire. Son service d'hôpital résumait en quelque sorte toute son existence. Il y fut jusqu'au bout un modèle d'exactitude, et c'est en pleine activité que la mort est venue le frapper.

Ce fut en juillet 1896 que les sourds malaises dont il se plaignait depuis quelques mois déjà prirent une allure plus inquiétante. Convaincu qu'un changement d'air lui serait salutaire, il resta sourd aux prières de son entourage et, malgré les avertissements que sa faiblesse croissante ne pouvait manquer de lui donner, il s'entêta dans son projet et partit pour la Suisse, sans accepter le moindre compagnon de route. Ce voyage imprudent était au-dessus de ses forces. Dès son arrivée, son mal s'aggrava soudain, il dut se faire transporter à l'hôpital d'Interlaken, et, deux jours après, le 27 juillet 1896, il y mourait seul et loin de tous les siens. Després n'avait alors que soixante-deux ans.

Telle fut la vaillante et belle existence de l'homme. Voyons maintenant le chirurgien, son œuvre et son rôle.

Une difficulté première surgit ici. Un éloge, pour mériter crédit, doit être, avant tout, une véridique histoire, et puisque Després, victime de son besoin d'opposition, a commis des erreurs connues de tous, elles ne peuvent être passées sous silence. Peut-être, dans cette enceinte, est-il permis de ne point s'arrêter à celles qui sont d'ordre médical et qui, par exemple, lui ont fait mener si vive et si fâcheuse campagne contre la vaccine et le mercure. Mais il en est une dont l'examen s'impose, ne fût-ce que pour déchirer tout de suite le voile qui, sans cela, risquerait de nous cacher pour toujours la vérité.

L'erreur de Després, sa faute grave, c'est, chacun le sait, d'avoir nié l'antisepsie et de s'être, jusqu'à la fin de sa vie, cantonné dans

ses négations premières, avec un entêtement tel que ses élèves sont obligés de courber eux-mêmes la tête devant l'arrêt qui le désigne à tous comme le dernier défenseur du pansement sale. Et ce qu'il y a de plus grave, c'est qu'il en était fier. Si résolument fier que, certain jour, l'un de ses collègues, lui aussi très mordant, lui riposta, non sans raison, qu'il était la Vestale du pus français. Comment pareille éclipse s'est-elle produite dans un esprit aussi éclairé? On peut en vérité le déplorer, mais pourquoi s'en étonner? L'erreur est trop humaine pour que, dans les cerveaux les mieux équilibrés, la rectitude parfaite du jugement n'ait pas droit à quelques défaillances, et certes les chirurgiens n'ont point ici de monopole.

Un simple coup d'œil sur les événements, les hommes ou les choses de notre époque nous en fournirait, au besoin, la rassurante démonstration, en nous donnant la mesure des conceptions décevantes dont les intelligences les plus éprouvées sont parfois capables, à propos des questions les plus étrangères à notre art, pour peu qu'elles se laissent dominer par une tendance quelconque à l'entêtement. Després n'a donc fait qu'obéir à la loi commune, et si grave que puisse aujourd'hui paraître son erreur, nous lui devons de laisser là les reproches pour ne songer qu'à la recherche de circonstances atténuantes dont il doit bénéficier.

Et d'abord, il faut déclarer très haut que dans son aversion pour toute propreté chirurgicale, Després était d'une entière bonne foi. Cette affirmation n'est point superflue, car, à certains moments, ses arguments et ses décisions avaient, en vérité, quelque chose d'un peu troublant. Telles les statistiques dont il nous apportait victorieusement les résultats pour nous montrer que sa mortalité était inférieure à la nôtre, alors que, cependant, ses relevés ne contenaient pas la moindre intervention viscérale. Tel encore son renoncement spontané à la chirurgie abdominale. Interrogé sur le pourquoi de cette prudente décision ou sur les raisons qui pouvaient le conduire à comparer ainsi le pronostic des amputations du sein et des ouvertures de panaris à celui des grandes laparotomies, ses réponses manquaient, on le conçoit, de précision. Mais, je le répète, sa bonne foi ne devait pas moins rester à l'abri de tout soupçon. La preuve en est facile à faire.

Dès les débuts de la méthode listérienne, il avait trouvé son premier argument et le considérait comme irrésistible. Si la doctrine microbienne est vraie, déclarait-il, qu'on me dise pourquoi la guérison est la règle après les avulsions dentaires faites avec la clef de Garengeot, et, par conséquent, toujours compliquées de fracture alvéolaire. Qu'on me dise de même pourquoi

les résections du maxillaire supérieur guérissent, elles aussi, presque toujours. Le milieu buccal n'est-il donc pas le milieu le plus septique qui soit au monde? Et les déductions qu'il tirait de là se devinent. Il s'y complaisait, et son aversion pour la chirurgie de Lister y puisait une ardeur sans cesse renaissante. C'était comme une de ces inimitiés personnelles qu'on ne raisonne pas et qui cependant vous hantent.

Cette haine lui tenait à l'esprit et au corps. S'il ne manquait pas de faire sa visite avec un vêtement maculé, dont la trame recélait des cohortes pathogènes, suivant du reste, en cela, les coutumes de plus d'un maître de l'époque; s'il ne craignait pas de contaminer ostensiblement les drains qu'on lui présentait à peu près propres, en les frottant sur le parquet avant de s'en servir, il ne redoutait pas davantage, au retour de ces fameuses pêches au goujon qu'il aimait tant, de nous faire constater qu'il avait volontairement réduit le lavage de ses mains à un minimum tout à fait indiscutable.

Or, bien que tout cela ne fût encore que la symptomatologie banale de son antipathie listérienne, c'était déjà suffisant comme preuve de sincérité. Car, on ne saurait trop le rappeler, jamais chirurgien consciencieux ne fut plus dévoué à ses malades et plus soucieux de les guérir. Si donc il ne craignait pas de les soumettre à toutes les variétés du pansement sale, c'est qu'il avait la profonde conviction de ne point leur nuire. Il en donnait du reste une autre preuve en s'appliquant à lui-même les mêmes principes, et ceux qui ont vu Desprès se frotter énergiquement le visage de ses mains, après les avoir apposées sur les plaques et les croûtes d'une face érysipélateuse, pour le simple plaisir de démontrer que le professeur Gosselin avait tort de croire à la contagion de l'érysipèle, seraient en vérité difficiles, s'ils n'étaient point édifiés.

Pour lever les doutances dernières des plus incrédules, il me suffirait enfin de dire que, même dans les soins qu'il a pu être appelé à donner aux êtres les plus chéris de son cœur, il gardait un aussi complet mépris de la chirurgie nouvelle que dans sa pratique hospitalière. Le souvenir particulier qui me permet de parler ainsi fait, en vérité, partie d'une sorte de dossier secret dont il serait déplacé de dévoiler ici les intimités, mais l'affirmation qu'il documente n'en conserve pas moins sa probante et décisive signification.

La preuve étant ainsi faite indiscutable que, dans son erreur, Desprès fut sincère absolument et tout à fait, le caractère même de l'homme va maintenant nous donner la vraie circonstance

atténuante que nous cherchons. Elle se lisait dans son regard, elle se trahissait dans tous ses actes, et c'est elle qui explique tout. Desprès avait par nature l'amour et le besoin de la contradiction. De là vint tout le mal. Les sentiments de déférence que d'autres, il faut bien le dire, poussent à l'excès, lui étaient particulièrement étrangers. Il n'aimait pas qu'on fût « né respectueux », et, certes, il n'encourut jamais ce reproche.

Ses dons naturels servaient, d'ailleurs, merveilleusement son besoin de discussion. Incisif et mordant dans la réplique, il avait le secret d'égratigner ses adversaires aux recoins les plus sensibles de leur amour-propre, et son esprit souple et délié lui laissait presque toujours l'avantage du dernier mot. Les chefs d'école les plus écoutés ne trouvaient pas plus grâce devant lui que les derniers promus de ses collègues et la témérité de ses tendances batailleuses ignorait l'obstacle. Le fait est donc bien certain, Desprès fut et devait être de l'opposition. Ce n'était pas seulement là une tendance, c'était l'essence même de son esprit.

Dans ces conditions, n'est-il pas bien naturel que l'avènement de l'antisepsie, avec toutes les intransigeances, d'ailleurs légitimes et nécessaires, de ses premiers apôtres, ait trouvé Desprès incrédule autant qu'hostile? Le contraire seul pourrait, en vérité, surprendre. Sans doute, à l'époque dont je parle, les réformes radicales qu'allait entraîner la révolution scientifique naissante ne se montraient, dans toute leur netteté, que pour quelques élus. Sans doute, l'heure n'était pas encore venue pour Desprès de voir que le culte de la vieille chirurgie, partout déserté, devait bientôt l'avoir comme unique et dernier servant. Et, certes, ce fut un grand bien pour son repos !

Buté comme il l'était, que seraient devenues ses exaspérations, s'il avait eu la prescience de nos préoccupations actuelles? La désinfection des mains digne d'occuper la Société de chirurgie durant plusieurs séances ; l'introduction des gants dans l'arsenal du chirurgien ; nos discussions sur le meilleur moyen de se décaper l'épiderme ou de se nettoyer les ongles ; les mains du chirurgien devenant, en 1900, le sujet possible d'une leçon d'ouverture de la Faculté, et nos étudiants désormais tenus de retenir que la base de toute bonne éducation chirurgicale est de savoir se bien laver les mains ! Comment Desprès eût-il accueilli pareilles atteintes à ses convictions? On a peine à se le figurer, et c'eût été vraiment trop.

C'était déjà bien assez, pour ce chirurgien tout imprégné des doctrines de la veille et convaincu que le pus était le meilleur topique des plaies, de se heurter aux premières affirmations,

comme aux premières exigences, des initiateurs de l'antisepsie. La contradiction était à ce point flagrante, qu'elle devait actionner aussitôt son naturel besoin d'opposition. Et ce qui devait arriver arriva. Trop spirituel pour être juste, ses premiers coups dépassèrent sa volonté, et, par une pente naturelle, il en vint très vite à la périlleuse outrance, sans jamais consentir à quitter ses positions premières.

Étroitement retranché derrière les enseignements qu'il avait puisés dans ses livres favoris : J.-L. Petit, les Mémoires de l'Académie de chirurgie, les œuvres de Boyer, voire même celles d'Hippocrate; disciple direct et très respectueux de Manec, de Velpeau, de Jobert (de Lamballe) et surtout de Nélaton, dont il aimait à se dire, avec Dolbeau, le meilleur élève, il ne voulut jamais admettre qu'on pût dire autrement, ou faire mieux.

Il lui était donc, pour ainsi dire, défendu de reconnaître ses torts. Leur évidence ne pouvait que les aggraver. Et c'est ainsi qu'en vertu des lois de la vitesse acquise, dominé par ses impulsions et, par nature, aussi peu disposé que possible à se demander jamais si l'homme ne peut avoir, lui aussi, « des heures de ténèbres et des jours d'obscurité », c'est ainsi, dis-je, que jusqu'aux dernières minutes de sa vie, il conserva son aversion première pour notre chirurgie actuelle.

Lorsqu'on songe à ce qui se pense et se fait aujourd'hui, on se demande, en vérité, comment un homme dont toute la pratique s'est guidée sur de pareilles doctrines, a pu être chirurgien remarquable et maître justement écouté. C'est là, cependant, une grande vérité. Les écrits d'A. Després, les souvenirs de son enseignement en témoignent si hautement qu'il faudrait être, à son tour, bien étroit dans ses vues et bien cantonné dans ses jugements, pour n'en point convenir.

Sans être considérable, l'œuvre écrite d'A. Després est cependant importante. En dehors de sa thèse inaugurale sur le *diagnostic des tumeurs du testicule* et de sa thèse d'agrégation sur les *tumeurs des muscles*, elle comprend en effet : ses livres; les notes et les observations disséminées en grand nombre dans nos journaux, notamment dans la *Gazette des hôpitaux*; les articles publiés dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* sur la *clavicule*, l'*étranglement*, le *froid*, le *diaphragme*, la *grenouillette*, la *fosse iliaque*, les *intestins*, les *mâchoires*, le *nez* et les *oreilles*; les leçons professées à Cochin, puis à la Charité; enfin, les communications que lui ont inspirées son initiative ou nos discussions et dont on retrouve le texte à tant de pages de nos bulletins.

Par leur nombre vraiment immense, ces dernières sont le plus sûr gage de l'activité cérébrale de leur auteur et de sa grande érudition. Després prenait la parole sur les points les plus divers de la pathologie, et, qu'il discutât diathèses avec Verneuil, œil avec Giraud Teulon, dents avec Magitot, moignons avec tout le monde, sa verve et l'acuité de son sens clinique ne faiblissaient jamais. Aussi bien est-ce dans nos bulletins qu'on peut retrouver les traces les plus vivantes du talent de Després et reconnaître, en particulier, combien il serait injuste d'oublier qu'en maintes circonstances son scepticisme, son besoin d'opposition, sa ténacité et même son courage furent loin de rester toujours stériles.

On y voit, par exemple, que si Després poussait le chauvinisme scientifique jusqu'à nier, d'emblée et de parti pris, tout progrès d'origine étrangère, surtout quand il venait d'Angleterre, son culte pour notre vieille Ecole chirurgicale française ne lui a pas moins souvent permis de réduire de prétendues nouveautés à leurs justes proportions et de rendre son bien à qui de droit.

On y constate encore que sa profonde connaissance de la clinique lui a, maintes fois, permis de montrer les côtés faibles de plus d'une conception théorique. On reconnaît enfin qu'au milieu de ses boutades, il était fréquent de trouver un conseil pratique judicieux. On pourrait même citer telles pages de son œuvre où les thérapeutiques dues à son initiative ont été, depuis, reconnues les meilleures. C'est ainsi qu'il batailla, l'un des premiers, contre l'immobilisation trop prolongée des fractures articulaires.

A leur tour, ses nombreux articles de dictionnaire dénotent non moins bien sa grande clarté d'exposition, et ses livres enfin sont, à n'en pas douter, de ceux qui restent. Je citerai notamment les suivants : Le *Traité de l'érysipèle*, récompensé par l'Institut en 1862; le *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*, publié en collaboration avec Bouchut, œuvre qui n'a pas eu moins de six éditions, dont la dernière date de 1895; le *Traité du diagnostic des tumeurs*, que nous avons tous lu avec profit, et surtout la *Chirurgie journalière*, ouvrage vraiment curieux auquel Després tenait beaucoup et à juste titre.

C'est là qu'on retrouve, en effet, plus particulièrement exposées, les idées personnelles qu'il aimait à défendre à propos des maladies communes, constituant, suivant son expression, « le fond de la clinique chirurgicale ». Les chapitres concernant l'*ulcère de cicatrices*, le *rôle des dents de sagesse dans l'évolution de la périostite alvéolo-dentaire*, l'*étranglement des hernies communes*, les *conjonctivites purulentes*, le *panaris*, les *rétrécissements du rectum* et la *contusion chronique du talon*, sont ceux dont il revendiquait le plus volontiers la paternité. Ces quelques détails suffisent amplement,

j'imagine, à montrer que l'œuvre écrite de Desprès lui fait le plus grand honneur.

Les souvenirs que nous avons de sa pratique sont non moins significatifs. A coup sûr, l'horreur de Després pour toute mesure antiseptique lui défendait aussi bien la possibilité d'une réunion par première intention quelconque, que le droit de tenter l'une des grandes opérations viscérales qui, maintenant, guérissent dans toutes les mains exercées, voire même dans celles qui ne le sont pas. Cela va de soi et, par instinct, sinon par raisonnement, Després s'en rendait compte lui-même. Il pansait les amputations du sein à plat, à l'aide d'un large gâteau de charpie qu'il imprégnait d'alcool camphré, en souvenir de Nélaton. Mais il ne manquait pas de le déposer au-dessus du fameux linge fenestré enduit de cérat qui, lui, se trouvait en contact direct avec les surfaces cruentées, sans jamais oublier d'observer qu'il était de toute urgence d'employer ici le vieux cérat et point du tout cette « graisse prétentieuse » qu'on décorait du nom de vaseline. Ses autres pansements allaient à l'avenant.

Tout cela est vrai et ne pouvait pas ne pas être. Mais si pour un instant, et dans un sentiment de justice que tout commande, on veut bien faire abstraction de ces particularités regrettables pour n'envisager que les autres côtés de la pratique de Després, on voit aussitôt se dégager les caractéristiques le désignant, sans aucun doute possible, comme un pathologiste avisé et comme un chirurgien judicieux.

En pathologie générale ne fut-il pas l'un des plus ardents défenseurs de l'influence du traumatisme sur le réveil des diathèses? Il faisait remonter à 1874 ses convictions personnelles à cet égard et chacun de nous se souvient sûrement de la réponse qu'il fit en 1883, au cours d'une fort orageuse discussion, pour établir, avec vers de Racine à l'appui : qu'il se refusait à considérer le professeur Verneuil « autrement que comme le plus admirable des vulgarisateurs »; que ses idées, françaises d'origine, dataient de plus d'un siècle et que « ce serait une injustice d'en dépouiller ses devanciers ». Dans le même ordre d'idées, on doit retenir les opinions qu'il défendait, depuis 1873, sur les syphilis modifiées par les maladies intercurrentes ou par les diathèses antérieures à l'éclosion de la maladie.

En dépit de ses conceptions sur le pansement sale, il ne professait pas moins sur l'évolution générale des plaies des idées qui avaient leur valeur. Il estimait, par exemple, qu'une plaie donnée n'est point justiciable d'un même pansement, à toutes les périodes de son évolution. Aussi quelle joie n'aurait-il pas goûtée s'il avait

su qu'en 1900, il serait dit, en plein Congrès, que les pansements aseptiques produisent souvent de meilleurs effets dans le traitement des plaies infectées que les solutions antiseptiques les plus actives. C'est une satisfaction de même ordre qu'il eût éprouvée, en voyant préconiser les badigeonnages d'acide arsénieux dans le traitement de ces épithéliomas de la face qu'il se gardait d'enlever au bistouri pour les détruire toujours, à la manière de son maître Manec, avec la pâte de frère Côme.

Partisan convaincu de l'occlusion des plaies par les bandelettes de diachylon, il savait au besoin recourir au pansement ouaté de Guérin. Il insistait beaucoup et souvent sur les dangers d'infection que peut créer la rupture des petits vaisseaux à la levée d'un pansement et, partant, il ne manquait jamais de cautériser au nitrate d'argent les points saignants de toute surface granuleuse.

Les sécurités que donne le drainage lui étaient très bien connues et si la propreté de ses drains laissait à désirer, il savait en revanche les mettre en bonne place et guérissait ainsi, quand même, nombre de plaies anfractueuses. Il connaissait merveilleusement aussi les ressources de l'irrigation continue dans le traitement des traumatismes des membres et, faisant ainsi de l'asepsie sans le savoir et surtout sans le vouloir, il obtenait souvent la guérison dans les cas les plus graves.

Després ajoutait à tout cela les qualités d'un habile opérateur. Ses premières études de médecine opératoire avaient été un peu hâtives, mais, sans avoir le calme et la sûreté d'exécution qu'on ne peut guère posséder qu'après un long apprentissage sur le cadavre, il était naturellement trop adroit de ses mains pour ne pas bien opérer. Il maniait hardiment le bistouri et ne redoutait ni le sang, ni les grosses opérations. Il s'attaquait, volontiers, aux plus gros polypes naso-pharyngiens et, pour ma part, je l'ai vu pratiquer avec dextérité et succès une amputation inter-scapulo-thoracique.

Ce qui distinguait enfin Després d'une manière particulière, c'était sa profonde connaissance de la clinique et la sûreté de son diagnostic. Le succès de ses consultations, à Cochin d'abord, puis à la Charité, en témoignait d'une manière très éloquente. Heureux et fier de se voir rechercher entre tous, aussi bien par les malades que par les élèves, c'est là qu'il passait le meilleur de son temps. Aussi le chagrin qu'il ressentit fut-il véritable lorsque vint la réforme qui enlevait la consultation externe aux chefs de service. Ce n'était pas seulement la suppression de sa fonction préférée, c'était aussi la perte du plus cher de ses passe-temps intellectuels. Ses élèves le savent bien et tous gardent le souvenir de ces matinées instructives autant qu'anecdotiques durant lesquelles Després, sûr

de son auditoire, s'abandonnait sans réserve à ses boutades préférées. Tout le monde en avait sa part, les élèves aussi bien que les malades.

Parfois quelques-uns s'en montraient bien un peu blessés. Tel certain épicier que Desprès, dans sa manie de faire d'emblée le diagnostic de la profession par l'habit, avait interpellé par ces mots : « Venez ici, vous, l'épicier ! » Et l'autre de répondre : « Oui, je suis épicier, qu'est-ce qu'il y a de mal à ça? Un épicier en vaut bien un autre ! » Telles encore les femmes habillées de noir qui lui semblaient d'humeur peu tolérante. Il leur demandait d'abord de quoi leur mari était mort, pour leur déclarer, sans leur laisser le temps de la réponse, que cette mort avait été sûrement une mort à petit feu, causée par leur caractère acariâtre. Mais la paix était vite faite et la popularité de Desprès n'y trouvait même que profit.

Les anecdotes comme celles de l'épicier et des femmes en noir sont nombreuses dans les souvenirs des élèves de Desprès. D'autres se rattachent à l'histoire des procédés expéditifs qu'il se plaisait à employer dans la cure de quelques maladies courantes comme le paraphimosis. L'histoire du gamin qui vint un matin le trouver en lui disant qu'il avait un *parapluie moisi* en est un joyeux échantillon. La gaieté de tous fut bruyante et celle du maître fut d'autant plus vive qu'il eut en même temps l'occasion, par lui très goûtée, d'entendre un barbarisme nosologique vraiment original, et la possibilité d'exécuter devant ses élèves certain procédé d'auto-réduction qu'il prisait beaucoup. Procédé tout au moins bizarre qui consistait à inviter le patient à la fuite pendant que l'organe endommagé se trouvait fortement étreint et fixé par la main du chirurgien.

Mais c'est assez insister sur ce côté particulier des consultations de Desprès. Il n'a d'autre intérêt que d'en rappeler la curieuse physionomie. Ce qu'il faut en retenir, ce qu'il faut reconnaître et proclamer, c'est leur incontestable et très salutaire influence sur l'instruction pratique des élèves qui s'y montraient assidus. Ils risquaient, en vérité, d'y puiser des notions plutôt fâcheuses sur la propreté chirurgicale, trop de confiance dans les cataplasmes ou trop de tendance à cette « humeur contredisante » dont leur maître, lui-même, se savait si bien possédé, qu'il éprouvait, à certains jours, le besoin de l'expliquer et peut-être de l'excuser, en rappelant ce qu'en disait La Fontaine, son auteur préféré :

. . . .
Quiconque avec elle naîtra
Sans faute avec elle mourra,
Et, jusqu'au bout contredira.
Et, s'il le faut, encore par delà.

Mais, par contre, en suivant régulièrement Després à ses consultations et dans son service, on avait la certitude de posséder très vite tout le nécessaire pour faire de l'excellente chirurgie journalière. Ses élèves ne savaient pas faire de laparotomie, c'est très vrai, mais ils savaient reconnaître et réduire les luxations, soigner les fractures, drainer les plaies, enlever les tumeurs courantes, guérir à temps les panaris et ne point faire d'erreurs de diagnostic. N'était-ce point là, pour beaucoup, la meilleure et la plus utile école?

Je sais bien qu'on a pu dire que, par ses doctrines, Després devait être nuisible et dangereux. Nuisible pour l'instruction de ses élèves et dangereux pour ses malades. Mais, en toute justice, nous avons le droit de prétendre qu'il ne fut ni l'un ni l'autre. Ses élèves ne connaissaient-ils pas d'avance ses exagérations et ses manies? Ils étaient donc prévenus, et, dans la moisson des connaissances emportées au départ, ils ne pouvaient manquer de savoir distinguer l'ivraie du bon grain. Dangereux pour ses malades? C'est encore une injuste légende, ou tout au moins une extrême exagération. Nous sommes d'autant plus autorisés à le déclarer que Després, chacun le sait bien, avait renoncé, de lui-même à toute chirurgie abdominale proprement dite.

La vérité, c'est que si la pratique de Després fut, par exception, périlleuse, elle fut, en tout cas, dans son ensemble, singulièrement moins meurtrière que celle des opérateurs qui se croient tout permis, sous le prétexte qu'ils ont savonné un ventre, brossé leurs ongles et flambé leur couteau. Et qu'on le note bien, cette réflexion ne vise, en aucune manière, les grands novateurs de notre art. Elle ne contient pas l'ombre d'une critique à l'adresse de ceux qui, par leurs aptitudes et la haute envergure de leurs conceptions, sont comme désignés d'avance pour marcher sur les traces des Maisonneuve ou des opérateurs de mentalité similaire. Leurs audaces et leurs témérités ont au moins une valable excuse dans les progrès que nous leur devons et qui, sans eux, ne se réaliseraient jamais.

Les seuls opérateurs que je vise, et qui peut-être se rencontrent moins exceptionnellement que ceux-là, sont d'un tout autre ordre. Le souci des indications opératoires et des diagnostics précis leur est inconnu. Toute leur ambition se résume à être le seul, le vrai chirurgien antiseptique, comme toute leur science opératoire se réduit à l'ouverture plus ou moins brillante du ventre; et, sans autres garanties, ils taillent, résèquent, anastomosent ou pexisent les principaux viscères. Or ces chirurgiens dernier style, tout imprégnés des plus pures doctrines, souvent bons opérateurs, mais vraiment bien pauvres de connaissances, ne sont-ils

pas singulièrement plus dangereux que ne le fut jamais Desprès?

Et cependant, depuis que l'antisepsie, mettant la chirurgie à la portée de tous, leur a permis, un beau matin, de se réveiller chirurgiens comme on naît autre chose, ils n'en vont pas moins tranquillement leur chemin, sans jamais heurter leur parfaite et dangereuse intransigeance à rien qui puisse, même de très loin, rappeler les critiques et les blâmes dont fut abreuvé, jusqu'au bout, le chirurgien de la Charité. Est-ce justice? Je ne le crois pas. Et vraiment, s'il est maintenant possible et même permis de faire autant de mal, à la simple condition d'avoir les mains propres, on devrait se montrer moins sévère pour celui qui fit tant de bien, avec des mains moins pures. Aussi bien l'heure est-elle largement venue de pardonner à Desprès les erreurs de son « humeur contredisante » et de lui rendre enfin justice. La plus élémentaire équité l'exige et ses élèves le souhaitent depuis longtemps avec toute l'ardeur de leur reconnaissance.

J'en vois même, parmi nous, qui sûrement regrettent de ne pouvoir dire, à ma place, ce qu'ils pensent si fortement. Le maître les comptait, vous le savez, parmi ses disciples les plus chers, et puisqu'ils se nomment Quénu, Gérard Marchant, Brun, Demoulin, je ne me dissimule pas mon infériorité dans la pieuse mission que me vaut aujourd'hui le grand honneur d'être votre secrétaire général. J'espère cependant m'être fait l'interprète assez fidèle de leur pensée pour contenter les aspirations de leur gratitude. En tout cas, je m'y suis employé de mon mieux, en mettant à la rédaction de ces lignes mon entière sincérité et, je puis le dire, tout mon cœur, car, moi aussi, j'ai eu le grand bonheur de compter, sinon parmi les élèves, du moins parmi les amis du maître si regretté.

C'est après 1883, durant quelques suppléances faites à l'hôpital de la Charité comme remplaçant de mon illustre et bien-aimé maître le professeur Trélat, que j'ai surtout connu A. Desprès. J'étais, on le voit, à la meilleure place pour apprécier moi-même ses qualités cliniques supérieures. Ajouterai-je que j'étais en non moins bonne posture pour servir de cible aux plaisanteries dont il aimait tant à gratifier le service voisin du sien? Je crois la chose superflue.

Pendant qu'il m'était ainsi donné de le voir à l'œuvre comme chirurgien, j'avais même, pour connaître l'homme privé ou tout au moins le spirituel causeur qu'il était, un autre moyen d'observation. Ce moyen fort peut nosocomial, mais cependant très sûr, m'était fourni par les voyages hebdomadaires que nous faisions ensemble sur la très légendaire ligne de Limours, alors si réputée pour les terribles trépidations que son matériel archaïque imposait à ses habitués; on allait même jusqu'à la dire aussi dangereuse

pour les femmes grosses que merveilleuse pour le diagnostic de la pierre.

Chaque lundi matin d'été, après avoir passé son dimanche au milieu des siens, dans sa coquette installation de Palaiseau, Després prenait donc place dans l'un des vénérables wagons de cet étonnant chemin de fer. Les fidèles du réseau, notaires pour la plupart, se disputaient positivement sa présence, et, durant notre courte halte devant la maisonnette qui servait de gare, on le hélait de chaque voiture. Il se décidait enfin pour l'une d'elles, montait le plus souvent en huitième, et, jusqu'à Paris, il ne cessait de nous esjouir par ses anecdotes, ses plaisanteries et ses paradoxes. Il avait une opinion arrêtée sur tout et parlait de tout.

C'était d'abord sa pêche de la veille sur les bords de la riante Yvette dont il nous contait les péripéties. Son penchant extrême pour cette paisible distraction était, du reste, proverbial; j'ai même souvenir que le professeur Potain ne manquait pas d'en faire le plus significatif appoint de son amusante théorie sur la complète inversion de rapport qu'on doit s'attendre à rencontrer toujours entre la mentalité vraie des grands pêcheurs à la ligne et la silencieuse immobilité que leur impose l'exercice de leur plaisir favori.

Puis venait le tour de la littérature, de la musique, des arts et de la politique. L'escrime, voire même la chiromancie, avaient aussi leur part, car Després tenait bien un fleuret et se risquait volontiers à l'interprétation des lignes de la main, sans peut-être beaucoup de conviction, mais en tout cas avec beaucoup d'esprit. Il va de soi enfin qu'on dissertait longuement sur les erreurs ou les excès de la chirurgie moderne. Bref, tant que durait la route, Després parlait, et tous, nous restions sous le charme parfois un peu âpre, mais toujours attirant, de son intarissable verve.

Pour viser l'homme plus que le chirurgien, ces vivants souvenirs ne montrent pas moins que mes jugements ne sont pas seulement des jugements d'emprunt et que tout le bien que j'ai dit du chirurgien de la Charité, je le pense moi-même, avec preuves personnelles à l'appui, et avec la plus entière conviction.

Que la chose soit donc une fois dite et bien entendue. Comme homme, A. Després fut un modèle de vaillance, de droiture et de loyauté. C'était de plus un dévoué et un bon. Sans doute, cette bonté semblait, à certains jours, céder le pas à son besoin de critique. Mais ce n'était là qu'une apparence, les pointes qu'il décochait avec un si malicieux plaisir n'étaient jamais bien méchantes et au fond, l'une des qualités premières de son cœur, c'était la

bonté, la bonté réelle, la bonté dévouée. Les élèves et les amis qui l'ont si souvent éprouvée se lèveraient en masse pour l'attester de toutes leurs forces.

Comme chirurgien, il est enfin certain qu'il a sa place marquée non pas seulement à côté des maîtres écoutés et suivis dont l'enseignement a été le plus salutaire, mais aussi parmi les praticiens actifs et dévoués qui ont rempli leur mission avec le plus de science et de conscience. En faut-il davantage pour consacrer à jamais la mémoire d'un homme? Ceux-là mêmes que la verve agressive de Desprès ménagea le moins seraient les premiers à le reconnaître, et aujourd'hui que le temps a fait son œuvre en adoucissant toutes choses, l'accord ne saurait être qu'unanime.

Le souvenir que A. Desprès nous laisse à tous s'est épuré et précisé, nous le voyons bien tel qu'il fut : le plus honnête et le plus droit des hommes. Sa bonté, son grand dévouement, son impeccable dignité, la finesse de son esprit, l'étendue de ses connaissances, ses qualités de clinicien, la vivacité de ses conceptions, la valeur des services qu'il a rendus nous imposent l'oubli définitif de tout ce qui semblait, de prime abord, porter ombre à ces hautes qualités, et nous devons saluer en lui l'une des individualités les plus intelligentes et les plus originales de notre corporation.

Prix décernés en 1900.

Le Prix Marjolin-Duval est décerné à M. Henri Herbet, prosecteur des hôpitaux, pour sa thèse de doctorat : *Le sympathique cervical, étude anatomique et chirurgicale.*

Le prix Laborie (1.500 francs) est décerné à M. Fernand Monod, prosecteur provisoire à la Faculté, pour son travail sur le *Traitement chirurgical du pied bot varus équin congénital chez l'enfant.* — Un encouragement de 1.000 francs est accordé à M. Victor Veau, prosecteur à la Faculté, pour son travail sur *les sutures artérielles.*

Le Prix Ricord est décerné à MM. Imbert et Jeanbrau (de Montpellier), pour leur travail sur la *Pathogénie des grenouillettes.*

Prix à décerner en 1901.

(Séance annuelle de janvier 1902).

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année* 1901.

Prix Laborie (2.400 francs). — A l'auteur *d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.*

Prix Demarquay (700 francs). — Le sujet proposé est : *Des pleurésies purulentes enkystées.*

Prix Gerdy (2.000 francs). — Le sujet proposé est : *Anatomie pathologique du cancer de l'estomac envisagé au point de vue chirurgical.*

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Faculté de chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1901.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom l'adresse et les titres du candidat.

Prix à décerner en 1902.

(Séance annuelle de janvier 1903.)

Prix Marjolin-Duval; prix Laborie.

Pour ces deux prix, voir les conditions ci-dessus.

Prix Ricord (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société. Les manuscrits pourront être signés.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1901

Présidence de M. Paul Reclus.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Allocution de M. Paul Reclus.

Mes chers Collègues,

L'honneur de diriger vos débats est un de ceux qu'on pourrait escompter à l'avance : il nous arrive à notre tour, par le triste privilège de l'âge, et dès le premier jour de notre entrée parmi vous, il nous serait presque facile de prévoir le millésime de notre présidence ; depuis cinquante-sept ans que dure notre Société, je ne crois pas que plus de cinq ou six collègues aient été exclus du fauteuil ; en tous cas, depuis vingt-cinq ans que je suis des vôtres, deux fois seulement un vote a délibérément écarté celui que désignait l'ancienneté.

Eh bien, j'ai beau me le dire, j'ai beau savoir que j'occupe cette place par un roulement en quelque sorte automatique, je n'en suis pas moins fier d'être votre président. Je vous avouerai même que le jour de l'élection j'étais quelque peu ému lorsque passaient devant vous les urnes d'où, en définitive, mon nom pouvait ne pas sortir. Il en est sorti et j'en ai été très heureux, comme mes prédécesseurs le furent à pareil jour et comme mes successeurs le seront.

J'ai été d'autant plus heureux que l'exercice de cette présidence est plutôt facile. Il n'exige ni fermeté spéciale, ni grand effort d'impartialité, ni diplomatie, car personne parmi nous n'essaie d'empiéter sur le droit des collègues. Et je n'aurai vraiment qu'à pratiquer deux toutes petites vertus : en premier lieu, l'exactitude. Je vous la promets, et à quatre heures moins un quart la séance sera ouverte. Et puis, une certaine vigilance pour modérer les conversations particulières qui, je vous l'affirme, gênent parfois

l'orateur plus que vous ne le croyez. Vos remarques à vos voisins n'en seront pas moins intéressantes pour être faites à voix moins haute.

Il ne me reste plus, mes chers collègues, qu'à remercier en votre nom ceux des membres du bureau qui nous quittent : notre président, M. Richelot, qui a vraiment incarné au fauteuil la courtoisie spirituelle et la bienveillance élégante ; notre secrétaire annuel, M. Jalaguier, à qui me lie tant d'amitié reconnaissante ; il a su rendre nos discussions avec une précision et une sobriété que nul ne surpassera. M. Gérard Marchant et moi nous aurons à faire de sérieux efforts pour qu'on n'ait pas trop à regretter de tels prédécesseurs.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Carlier (de Lille), qui remercie la Société de chirurgie de l'avoir nommé membre correspondant national ;

3° Une lettre de M. Pierre Delbet, qui demande un congé de six semaines.

A propos de la correspondance.

M. Ch. Nélaton dépose sur le bureau :

1° Un travail de M. Coville (d'Orléans), intitulé : *Note sur deux cas de hernie des annexes* ;

2° Deux observations de M. Bouglé, dont l'une a trait à un cas de fistule salivaire et l'autre à un fait de ténoplastie des extenseurs du pouce.

Le travail de M. Coville et les deux observations de M. Bouglé sont renvoyés à une Commission. — Rapporteur : M. Ch. Nélaton.

Rapports.

Rapport sur une observation intitulée : *Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen avec issue du grand épiploon à travers la plaie thoracique ; intervention d'urgence ; thoracoplastie ; guérison sans incident*, par le Dr Henry Girard, médecin de la marine, professeur à l'École de médecine navale de Toulon.

Rapport par M. PEYROT.

J'ai déposé, il y a déjà quelques mois, sur le bureau de la Société de chirurgie, une observation de plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen que nous adressait M. le Dr Henry Girard, médecin de la marine et professeur à l'École de médecine navale de Toulon. La publication récente, ici même, de faits semblables m'oblige à vous communiquer sans plus de retard les réflexions que me suggère cette intéressante observation.

Voici le fait. Il mérite d'être publié *in extenso* :

Le 7 août 1898, à 9 heures du matin, était évacué sur l'hôpital principal de la Marine, à Toulon, le nommé S... (Joseph), vingt-huit ans, blessé dans la matinée, au cours d'une rixe, dans le quartier réservé.

Cet homme était porteur de deux plaies, l'une siégeant sur la partie inférieure et antéro-latérale de l'hémithorax gauche, l'autre au niveau de la région lombaire gauche. L'arme ayant déterminé ces lésions était un couteau à lame fixe, triangulaire, longue de 20 centimètres et couverte de souillures.

Le premier coup porté avec cet instrument avait atteint la poitrine tandis que le blessé, en état d'expiration forcée et arc-bouté contre un mur pour résister à son agresseur, lui présentait le flanc gauche. Le deuxième avait été dirigé sur les lombes, au moment où, sous l'effet de la première violence, il s'abattait en tournoyant sur le côté droit.

A l'entrée on constate : teinte violacée de la face et de la partie supérieure du tronc, anxiété extrême, vertiges, tendances à la syncope, dyspnée intense, pouls lent, petit, dépressible, douleur vive au niveau de l'épaule gauche. A l'exploration des lésions, on observe au niveau du 7e espace intercostal gauche et dans une zone intermédiaire aux lignes mamillaire et pré-axillaire correspondantes, une plaie à bords nets, longue de 4 centimètres environ, ne suivant pas tout à fait l'inclinaison normale de l'espace, mais plus oblique en bas et en dedans, formant ainsi avec la 8e côte qu'elle dépasse un angle aigu ouvert en arrière. A travers cette plaie fait issue une masse d'apparence graisseuse du volume du poing, étranglée et pédiculisée au point de sortie; en l'étalant, on voit qu'elle est constituée par un fragment assez étendu du grand épiploon qui est venu faire hernie à travers la paroi thora-

cique, l'agent vulnérant ayant provoqué une lésion simultanée du thorax et de la voûte diaphragmatique.

Les signes physiques relevés du côté de la poitrine sont les suivants : déformation nulle, mais immobilisation de la paroi à gauche, absence de vibrations, sonorité tympanique, disparition du bruit respiratoire, résonnance métallique de la voix, pas de gargouillements, abaissement de la pointe du cœur.

Au niveau de la plaie, ni traumatopnée, ni emphysème sous-cutané; infiltration sanguine très limitée.

Pas d'hémoptysie lors de l'agression; depuis, aucun crachat hémoptoïque.

Du côté de l'abdomen, aucun signe particulier.

L'examen fait, on procède d'urgence à l'intervention :

Deux injections de caféine. Chloroformisation; l'anesthésie se fait sans incident, malgré l'état asphyxique et les habitudes alcooliques du blessé.

L'épiploon étant rabattu vers la partie supérieure du thorax, nous pratiquons dans le 8e espace intercostal gauche une incision longue de 11 centimètres, débutant à 2 centimètres en dehors de la ligne mamillaire, débordant d'environ 5 centimètres en arrière de la ligne préaxillaire et entamant les muscles du dos; deux petites incisions la complètent à chaque extrémité pour faciliter les manœuvres ultérieures. Une seconde incision de 2 cent. 1/2 partant du milieu de la plaie primitive réunit celle-ci, en croisant la 8e côte, au tracé de la première incision.

Dissection de deux petits lambeaux latéraux. Résection sous-périostée de la 8e côte, sur une étendue de 10 centimètres. On constate que sous la violence du coup porté, le bord supérieur de celle-ci ainsi qu'une partie de sa face postérieure ont été nettement entamés par le tranchant du couteau. Deux incisions sur le lit de la côte, l'une longitudinale, l'autre courte et presque verticale, donnent accès par une brèche assez large dans la cavité pleurale, libérant le pédicule épiploïque; en même temps, il se fait des projections bruyantes d'air et la partie gauche du diaphragme est agitée de mouvements désordonnés. Le poumon gauche est complètement rétracté, la plèvre ne contient qu'une quantité insignifiante de sérosité à peine teintée de sang.

En se guidant sur l'épiploon, on arrive sur une plaie du diaphragme située à 3 travers de doigt environ du fond costo-diaphragmatique, longue de 3 centimètres et dont l'ouverture bride fortement l'épiploon. Le diaphragme étant saisi à l'aide de longues pinces, au voisinage de cette plaie, et immobilisé autant que possible, on agrandit, au ciseau courbe et sur le doigt servant de conducteur, la plaie diaphragmatique, on dégage et étale l'épiploon, on place une ligature en chaîne en dessous de la partie étranglée, on résèque le fragment en dehors d'elle et, après attouchement léger au thermo-cautère, on réduit le moignon avec précaution.

Le diaphragme étant ensuite attiré vers la plaie thoracique, on l'adosse au voisinage de celle-ci, à la paroi interne, par une suture

pleuro-pleurale, de façon à fermer la plèvre. Ce temps s'exécute assez facilement; la suture terminée, le jeu du diaphragme se régularise et aucun déplacement d'air ne se produit.

Le grand cul-de-sac de l'estomac est amené avec les doigts entre les lèvres de la plaie et exploré sur toute son étendue : nulle plaie intéressant l'organe ou les vaisseaux. Rien du côté du coude gauche du côlon qui se trouve du reste éloigné du trajet suivi par l'instrument vulnérant.

Par contre, le tissu cellulaire séparant l'estomac de la rate a été divulsé; on peut facilement examiner les 2/3 supérieurs de celle-ci et son pédicule; légère éraillure sur sa face interne. On étanche le sang qui la baigne, puis, aucun suintement ne se produisant, on procède à la fermeture de la cavité abdominale, adossement successif des lèvres péritonéales et diaphragmatiques par des points en U. Réunion avec régularisation des divers lambeaux cellulaires, périostiques, musculaires, etc., de la paroi thoracique. Par-dessus, suture de la peau, pansement compressif.

La plaie de la région lombaire gauche, à direction verticale, sur le trajet de la ligne passant par l'angle de l'omoplate et affleurant la crête iliaque donne accès dans un décollement sous-cutané sans importance. Capitonnage et suture superficielle.

A noter qu'aucun lavage n'a été pratiqué dans la plèvre.

Dans la soirée, nulle réaction. Température, 37 degrés. La dyspnée a cessé, la teinte asphyxique a disparu, le malade ne se plaint que de la gêne apportée par la compression du pansement. Pas d'emphysème sous-cutané. Ventre souple et indolore, sonorité normale dans l'hypocondre gauche.

8 *août*. — Temp. matin, 37°10; temp. soir, 37°4.

9 *août*. — Temp. matin, 36°8; temp. soir, 37°2.

10 *août*. — Temp. matin, 36°6; temp. soir, 37°1.

Etat général excellent, nulle complication du côté de la poitrine et de l'abdomen.

12 *août*. — Le pansement est défait, la réunion des plaies est opérée. Respiration faible, sonorité thoracique presque normale. Aucune trace d'épanchement.

23 *août*. — Des fils de suture sont retirés.

25 *août*. — Temp. soir, 38°7.

26 *août*. — Temp. matin, 38 degrés; temp. soir, 37°5.

Au niveau de la plaie supérieure, formation d'un abcès du volume d'une noisette, résultant de l'infection provoquée par un fil profond, incision, lavage, pansement bichloruré.

27 *août*. — Temp. matin, 36°2; temp. soir, 37 degrés.

29 *août*. — Temp. matin, 36 degrés.

Le 2 *septembre*, la cicatrisation étant complète, le malade est mis en exeat. Au moment de son départ, voici les quelques particularités que nous relevons :

Pointe du cœur : bat au niveau de la 5e côte sur le trajet de la ligne mamillaire; ni palpitations, ni douleurs dans la région précordiale.

Douleurs spontanées au niveau de l'épaule gauche avec irradiations sur le trajet du médian et du radial. Point douloureux au niveau du scalène antérieur. Très légère submatité dans l'espace de Traube. En arrière de l'hémithorax gauche : légère submatité dont la limite ne s'élève guère au-dessus de l'horizontale de la plaie. Vibrations normales.

Respiration normale.

Douleurs à la pression au-dessous du rebord des fausses côtes gauches.

Novembre. — Depuis sa sortie de l'hôpital, cet homme, qui a repris du service, n'a accusé aucun symptôme particulier; néanmoins, il a été prévenu, en vue de sa libération prochaine, de se tenir en garde, pour l'avenir, contre toute manifestation qui pourrait révéler une déchirure diaphragmatique et une hernie, possibles avec la nature de la blessure et malgré l'heureuse issue de l'intervention.

Ce qui, vous le voyez, caractérise la conduite de notre collègue de la marine, c'est que, se trouvant en présence d'une plaie du diaphragme qu'il avait abordée par une bonne incision chirurgicale de la plèvre, après résection d'une côte, il s'est hâté de fermer la plèvre par l'adossement et la suture des lèvres de la plaie diaphragmatique avec les lèvres de la plaie pleuro-pariétale. Était-ce bien là ce qu'il y avait de mieux à faire ? N'était-il pas préférable, suivant la règle suivie par la plupart des opérateurs en pareil cas, de réparer d'abord purement et simplement par suture la plaie du diaphragme? *A priori*, on peut reprocher à la manière de faire de M. Girard de supprimer le cul-de-sac costo-diaphragmatique. Mais c'est là un inconvénient tout théorique. Je comprends l'empressement de l'opérateur à fermer la plèvre, à supprimer ce phénomène gênant et effrayant de la traumatopnée. M. Girard, débarrassé de ce pénible phénomène, a pu, à travers l'ouverture ainsi régularisée, vérifier l'état des viscères abdominaux qui avoisinaient la blessure et constater leur intégrité. L'abdomen a été ensuite fermé par une solide suture unissant ensemble, en somme, les bords du diaphragme divisé et les bords de la plaie thoracique. Il est possible, il est probable même que ce mode de réunion mette mieux que tout autre à l'abri d'une récidive, d'une hernie ou d'une éventration transdiaphragmatique. Mais il ne semble pas, encore un coup, que cette idée ait dirigé la conduite de M. Girard.

C'est un bénéfice que son opéré aura peut-être obtenu par surcroît.

Communications.

Hétéroplastie orbitaire par la greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Ténon,

par M. le Dr FÉLIX LAGRANGE (de Bordeaux).

Tous les chirurgiens savent qu'après l'énucléation, la prothèse donne des résultats presque toujours médiocres, et souvent mauvais, en ce sens que la difformité est insuffisamment palliée à cause du petit volume de la pièce artificielle. Jusqu'ici on y a remédié en introduisant dans la sclérotique, après l'exérentation, un globe artificiel (opération de Mules), ou en mettant ce globe dans la capsule de Ténon (opération de Frost-Lang); cette dernière opération constitue l'hétéroplastie orbitaire. Elle a été réalisée à l'aide de divers procédés dont je n'entreprendrai pas de faire l'histoire.

Il me suffira de rappeler que Lang (1), en 1887, introduisit dans la capsule de Ténon, à la place de l'œil énucléé, un globe creux en verre, en celluloïd ou en argent.

Belt (2), modifiant cette opération, imagina d'implanter à la place de l'œil énucléé une sphère d'éponge d'un volume équivalent aux trois quarts du volume d'un œil ordinaire; il avait été dirigé vers cette opération par les expériences d'Hamilton (3), consistant à surveiller l'organisation d'éponges aseptiques. Bourgeois substitua aux éponges des pelotes faites d'un cordelet de soie enroulé autour d'une boulette de catgut; il s'est encore servi de boules de bourres de soie, ou de ouate de tourbe enserrées par des fils de catgut.

Trousseau, après avoir essayé ces divers procédés, a surtout recommandé les sphères d'éponge, et Valude a rapporté quelques observations dans lesquelles cette méthode avait complètement réussi; mais, dans un travail publié dans les *Annales d'oculistique* (juillet 1899), il démontre que la pénétration des aréoles de l'éponge par un tissu vivant est suivie de la dégénérescence de ce tissu. L'inclusion orbitaire des globes inorganiques de métal ou de verre semble, au contraire, dit-il, réunir les conditions les plus favorables à la réussite de l'hétéroplastie. Wolf (4) (de Berlin)

(1) Lang, *Société ophtalmologique du Royaume-Uni*, 1887.
(2) Belt (de Washington), *Medical News*, 27 juin 1896.
(3) Hamilton, *Edimburg medical Journal*, novembre 1881.
(4) Wolf, *Arch. f. Augenheilkunde*, 1899.

conclut de même à l'inclusion dans la capsule de Ténon de sphères solides, et dans le cas où l'orbite a été évidé, cet auteur va jusqu'à conseiller, pour remplir cette cavité, l'emploi de sphères à prolongements coniques ou arrondis.

La section d'ophtalmologie du dernier Congrès international de médecine a mis cette question à l'ordre du jour. Dans la discussion qui a eu lieu, les avis ont été très partagés. Pflüger (de Berne) donne la préférence aux sphères d'argent creuses ou perforées, et rapporte des succès obtenus par ce moyen; Snellen croit que, tôt ou tard, il doit se produire une irritation des tissus devant aboutir, après des souffrances plus ou moins longues, à l'expulsion du corps étranger.

De Schweinitz conseille l'implantation d'un globe de verre ou d'un morceau d'éponge, et nous fait connaître les résultats heureux que cette opération donne en Amérique; ces résultats sont incontestables, mais si l'on parcourt la colonne des tableaux qu'il consacre à cette question, on est frappé par la gravité des désordres inflammatoires et le nombre des cas où a eu lieu l'expulsion définitive.

Depuis longtemps je m'occupe, comme mes collègues, de trouver un moyen d'*hétéroplastie orbitaire* capable de remédier à la difformité qu'entraîne l'énucléation, mais, au lieu d'introduire dans la capsule de Ténon des corps étrangers dont j'ai toujours redouté l'action irritante, je me suis appliqué à greffer un tissu vivant capable de contracter avec la capsule une union intime, physiologique, définitive. J'ai d'abord songé à greffer un os vivant, une tête de fémur; je n'ai pas obtenu de résultat; la tête osseuse s'est éliminée en masse ou résorbée progressivement, et il en a été de même pour les fragments osseux décalcifiés que j'ai utilisés ensuite.

En présence de ces insuccès, je me suis rappelé les tentatives faites par quelques oculistes, notamment par Chibret (de Clermont-Ferrand), pour greffer un œil d'animal vivant dans le but de lui faire remplir, au point de vue plastique, l'office d'un œil normal. Ces tentatives ont échoué parce que la cornée découverte et mal nourrie ne tardait pas à se perforer et l'œil à se vider. J'ai pensé qu'en enfouissant l'œil tout entier dans la capsule de Ténon et en suturant, au-devant de lui, les muscles d'abord, la conjonctive ensuite, cet œil, ainsi complètement entouré, prendrait racine, vivrait et vaudrait beaucoup mieux pour la prothèse qu'un globe d'argent ou une sphère d'éponge.

Mon attente n'a pas été trompée; j'ai fait quatre fois cette opération, j'ai échoué complètement une fois parce que j'ai eu le tort de mettre un globe trop gros, et que peut-être aussi j'ai fait

quelque faute involontaire contre l'asepsie. Mes opérations, faites depuis longtemps, sont maintenant assez anciennes (6 mois et 4 mois) et permettent de se rendre compte du résultat définitif. Les voici dans leurs résultats essentiels :

Obs. I. — B..., dix-huit ans, reçoit sur l'œil gauche, le 20 juin 1900, un violent traumatisme entraînant une déchirure de la région ciliaire et une issue notable de corps vitré. Il n'est soigné utilement que quelques jours après, et lorsque je l'examine pour la première fois, le 10 août 1900, je constate la présence d'une irido-cyclite chronique, avec ramollissement du globe et perte complète de la vision. L'énucléation est faite le 21 août 1900, et immédiatement après l'opération, je procède à la greffe d'un œil de jeune lapin, c'est-à-dire d'un œil peu volumineux, rentrant facilement dans la capsule et au-devant duquel il est facile d'attirer les muscles deux à deux (droits interne et externe, droits supérieur et inférieur); la conjonctive est suturée par-dessus à points séparés. Il n'y a presque aucune réaction inflammatoire. La greffe a paru, dès les premiers jours, définitive ; les fils placés sur les muscles ont été abandonnés et les fils conjonctivaux retirés seulement le dixième jour. Dans les premières semaines, l'œil transplanté s'est ramolli, a perdu un tiers de son volume, mais, depuis plusieurs mois, il reste stationnaire, et se prête admirablement à la prothèse. La coque artificielle qui le recouvre est très mobile, et remplit bien le creux sous-palpébral, en général si disgracieux.

Obs. II. — Nelson F..... se présente à l'hôpital avec un œil droit atrophié par suite d'un éclat de capsule reçu le 14 janvier 1900. L'œil est diminué de volume, hypotone, sans aucune perception lumineuse et un peu douloureux à la pression; l'énucléation est pratiquée le 19 octobre 1900. J'introduisis dans la capsule de Ténon un œil de lapin de moyen volume. Il y eut une réaction insignifiante, comme dans la première observation, et, au bout de dix jours, je pus enlever les sutures et constater la réussite parfaite de la greffe. L'œil greffé diminua dans la suite un peu de volume, mais, depuis plusieurs mois, il reste stationnaire, et le résultat au point de vue de la prothèse est parfait. C'est celui que donne l'opération de Critchett qui, lorsqu'elle est possible, est, en effet, très recommandable.

Obs. III. — Gabriel D....., trente-neuf ans, en travaillant reçoit dans l'œil droit un éclat de fer qui entraîne une panophtalmie pour laquelle je pratique l'énucléation le 22 octobre 1900; la panophtalmie est au début, mais il existe déjà un chemosis conjonctival considérable, et je fais pour ce malade des réserves au point de vue de la greffe, car l'infection dont il est atteint est évidemment une circonstance très défavorable. Comme pour le premier malade, je mets en œuvre une antisepsie très attentive, et je greffe un œil de lapin jeune, de moyen volume. Cette greffe entraîne une assez vive réaction qui s'explique bien par les conditions où se trouvait le patient. Mais, au bout de douze

jours, tout est rentré dans l'ordre; les points de suture ont parfaitement tenu, et la greffe et solide. Comme pour le premier malade, l'œil greffé diminue de volume, se ramollit pendant les premières semaines; mais, depuis deux mois, il reste stationnaire, et le malade, revu ces jours-ci, est, pour la prothèse, dans des conditions extrêmement satisfaisantes.

Tels sont les trois faits heureux que je puis faire connaître à la Société; je dois y ajouter un fait malheureux. Une greffe que j'ai tentée en décembre dernier s'est terminée par la nécrose de l'œil transplanté. J'explique cet insuccès par le volume trop considérable de l'œil que j'ai voulu utiliser, et peut-être par l'âge de l'animal, énorme vieux lapin, dont les tissus avaient moins de souplesse et de vitalité que ceux d'un animal jeune.

Pour mener à bonne fin la petite opération que je viens ici recommander, je crois qu'il faut se placer dans certaines conditions, et l'exécuter comme il suit :

1° En faisant l'énucléation de l'œil malade, il faut placer un fil dans chacun des muscles droits pour empêcher leur rétraction, et les avoir toujours sous la main.

2° Après l'énucléation, bien arrêter l'hémorragie qui se produit dans la capsule de Tenon; une irrigation d'eau glacée, l'eau oxygénée, le tamponnement prolongé un certain temps, permettront toujours d'atteindre ce résultat, *mais il est essentiel de l'obtenir*; un épanchement de sang autour de l'œil greffé peut en empêcher la réunion.

3° Choisir un œil de lapin de moyen ou de petit volume appartenant à un animal encore jeune, chez lequel on pratique l'énucléation avec une asepsie très soignée.

4° Introduire cet œil dans la capsule de Tenon, et au-devant de lui, suturer les muscles par paires avec des fils de soie fins ou de catgut; veiller à ce que les muscles soient bien étalés et non enroulés à la surface du globe transplanté.

5° Par-dessus les sutures musculaires qui ont pour résultat d'attirer au-devant de l'œil greffé la capsule de Tenon, on suture la conjonctive à points séparés assez rapprochés; quatre points seront habituellement nécessaires.

6° L'opération sera terminée par un pansement occlusif ordinaire et les fils conjonctivaux enlevés environ à la fin de la première semaine.

Tel est le procédé d'hétéroplastie orbitaire que je crois avoir le premier utilisé, que je me propose d'étudier encore, et que je viens aujourd'hui soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie.

M. Delens. — La nouvelle opération proposée par M. Lagrange me paraît intéressante et destinée à améliorer les résultats trop souvent médiocres de la prothèse oculaire. Cette opération a l'avantage de bien conserver les insertions des muscles droits et l'on peut espérer que l'œil artificiel, appliqué sur le moignon mobile greffé dans l'orbite, sera mieux soutenu et suivra les mouvements de l'autre œil.

Nous savons, en effet, combien, dans les conditions ordinaires, les mouvements de la coque oculaire destinée à masquer la difformité sont restreints ou plutôt illusoires.

Lorsque nous observons un opéré qui, après une énucléation ou une éviscération, porte un œil artificiel, nous constatons, si l'œil enlevé n'était pas trop volumineux, que l'apparence de l'œil artificiel est assez satisfaisante *au repos.*

Mais si l'opéré vient à imprimer à l'œil sain un mouvement de latéralité et si nous considérons le déplacement correspondant de l'œil artificiel, nous voyons que celui-ci subit bien, au premier moment, une secousse, mais non un véritable mouvement de rotation dans la direction de son congénère. Chez certains sujets, il est vrai, et notamment chez les femmes, qui apportent à ces mouvements plus d'attention, la précaution prise de tourner immédiatement la face dans la direction imprimée à l'œil sain fait que l'œil artificiel semble s'associer au mouvement de latéralité, parce que les deux axes oculaires restent d'accord ou, du moins, ne divergent que pendant un temps fort court. Dans ces conditions, les apparences sont satisfaisantes, mais les mouvements de l'œil artificiel sont toujours en réalité incomplets et plus ou moins illusoires.

Aussi, je serais bien aise d'apprendre de M. Lagrange qui, je le sais, a traité des malades dont l'opération remonte à plusieurs mois déjà, s'il a eu l'occasion d'appliquer sur l'œil greffé la coque oculaire artificielle et dans quelle mesure celle-ci participe aux déplacements de l'œil sain.

M. Lagrange. — La prothèse oculaire donne des résultats assez satisfaisants chez les personnes qui ont les yeux petits, mais, chez toutes celles qui ont les yeux moyens ou gros, elle est très défectueuse; par le procédé que je préconise, on obtient un moignon analogue à celui que donne l'amputation de Critchett; l'orbite n'est pas déshabité; il contient un moignon volumineux bien mobile que la coque artificielle vient facilement coiffer. Sur mes trois malades, j'ai pu ainsi obtenir une prothèse très supérieure à celle qui résulte de l'énucléation ordinaire.

Note sur l'amputation précoce et haute dans la gangrène spontanée des membres chez les diabétiques,

par MM. DEMONS et BÉGOUIN.

Faut-il faire l'amputation précoce dans la gangrène spontanée des membres chez les diabétiques?

C'est là une question que le chirurgien peut avoir assez souvent à se poser.

Il y a vingt ans, l'abstention était la règle (1). Mais on aurait pu penser qu'aujourd'hui où l'on ne craint plus les interventions chez les diabétiques, et où l'on ampute souvent d'emblée dans certaines gangrènes, les gangrènes diabétiques étaient, elles aussi, devenues justiciables de l'intervention précoce.

Or, il ne semble pas en être ainsi en se reportant aux classiques français les plus récents : les uns ne parlent même pas d'amputation (2) dans le traitement de la gangrène diabétique, les autres la déconseillent (3). Seul M. Forgue, dans le *Traité de thérapeutique chirurgicale* qu'il a publié avec M. Reclus (4), se montre plus interventionniste, car il conseille l'amputation pour les gangrènes « septiques graves » en général; il indique incidemment qu'elles peuvent exister chez les diabétiques, et il ne parle pas de réserves spéciales à faire chez cette catégorie de malades. Mais c'est là une simple indication; il n'y a ni affirmation précise ni développements.

Dans les *Bulletins* de votre Société où tant de chirurgiens vien-

(1) M. Raynaud. *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, XV, p. 697. — Peyrot. Du pronostic dans les accidents gangreneux du diabète sucré. *Thèse*, Paris, 1878.

(2) Traité de MM. Duplay et Reclus, 2e édit., 1897, p. 93.

(3) Jeannel. *Rapport au VIe Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 39. « L'expectation a bien des inconvénients; cependant, c'est une méthode de nécessité lorsque l'état pathologique des vaisseaux ou des nerfs d'où est né le sphacèle est d'origine constitutionnelle (alcoolisme, *diabète* ou sénilité) »; — Lyot in *Traité de chirurgie clinique*, p. 287. « A part certaines formes septiques où il faut agir de suite, le mieux est l'amputation retardée jusqu'au moment où la gangrène se limite. Encore est-il des cas où l'on doit être plus réservé et se contenter des petits moyens : certains sujets sont tellement débilités par les reins, par le cœur, par les artères, par les dyscrasies *et par le diabète en particulier*, que le traumatisme violent d'une opération leur serait rapidement funeste, alors qu'ils seront quelquefois capables de faire à petits pas les frais de l'élimination de leur sphacèle. »

(4) 2e édition, Paris, 1898, t. I, p. 909.

nent chercher leur ligne de conduite, on ne trouve rien qui se rapporte au traitement de la gangrène diabétique, depuis 1883 et 1885, époques où, à travers les rapports de MM. Chauvel et Le Dentu, vous ne vous montriez point partisans de l'intervention.

L'abstention chirurgicale semble donc encore aujourd'hui la règle classique en France, et, en fait, la plupart des chirurgiens de notre pays s'y conforment, croyons-nous.

Il en est certainement qui interviennent, mais nous ne savons pas qu'ils aient jugé à propos d'affirmer la supériorité de l'amputation d'emblée sur l'expectation (1).

Et pourtant, avec l'expectation, les résultats sont bien mauvais dans les gangrènes profondes, envahissantes ou pour un instant stationnaires, les seules que nous envisagions ici. M. Peyrot citait dans sa thèse, en 1878, six cas de gangrène diabétique de cette variété, traités par l'expectation, et six fois la mort était survenue.

Depuis cette époque, le pronostic s'est amélioré pour les gangrènes superficielles et limitées des diabétiques, grâce aux pulvérisations phéniquées et aux antiseptiques légers. Mais pour les gangrènes profondes il est resté aussi sombre, et l'expérience de chaque jour nous montre que lorsque le sphacèle a dépassé le cou-de-pied, la mort survient presque fatalement et à brève échéance.

Dans ces tissus imprégnés de sucre et dont les nerfs et les artères sont le plus souvent altérés, aucun antiseptique ne peut arrêter l'envahissement microbien, et l'organisme affaibli du diabétique ne peut résister longtemps à l'infection et à l'intoxication. Aussi, l'amputation faite d'emblée nous semble seule capable de sauver ces malades.

En 1897, nous avons eu l'occasion de faire une amputation pour une gangrène de la jambe chez une diabétique.

C'était chez une femme de cinquante-quatre ans, Jeanne B..., qui était entrée à l'hôpital Saint-André, le 17 juin 1897, pour une gangrène humide du pied gauche.

Six mois auparavant, le 20 décembre 1896, au retour d'une longue course, la malade avait remarqué à son talon une phlyctène douloureuse; le lendemain une tache noire apparaissait sous la phlyctène crevée; peu à peu une gangrène humide avait gagné tout le pied jusqu'au-dessus des malléoles, où un sillon d'élimination semblait hésiter à se former. Au-dessus, la sensibilité de la

(1) Cependant une tendance interventionniste très nette s'est accusée dans les thèses : Vidal (Lyon, 1892). *De l'intervention chirurgicale chez les diabétiques*; — Lacq (Toulouse, 1893-94). *De l'intervention chirurgicale dans la gangrène spontanée des extrémités*; — Baraillaud (Bordeaux, 1897). *De l'indication de l'amputation dans la gangrène des membres chez les diabétiques*, celle-ci faite sous notre inspiration.

jambe était normale, le réflexe rotulien était conservé; la fémorale battait au-dessous de l'arcade.

La malade, qui était grasse avant sa maladie, avait beaucoup maigri, pâli, et jauni; elle avait perdu l'appétit et le sommeil, elle avait de la fièvre. L'état général était très profondément atteint.

L'analyse des urines décelait 110 grammes de sucre par vingt-quatre heures.

Avec une asepsie rigoureuse, l'amputation de cuisse au tiers inférieur fut faite le 24 juin 1897 : la fémorale n'était pas oblitérée. Suture des lambeaux. Pas de drainage; réunion par première intention.

Un mois après, la malade est transformée : à son teint jaune d'intoxiquée a fait place une coloration vive du visage, le sommeil et l'appétit sont revenus et l'embonpoint avec eux. Il n'y a plus que 16 grammes de sucre par vingt-quatre heures, au lieu des 110 grammes qu'on avait trouvé avant l'intervention.

Revue dernièrement (novembre 1900), plus de trois ans après l'opération, Jeanne B... continue à se bien porter, quoique toujours glycosurique (72 grammes par jour).

Nous sommes persuadés qu'avec l'expectation cette malade serait morte.

Si, avec l'amputation, il faut s'attendre à avoir des morts par shock, coma, si l'on peut parfois observer du sphacèle des lambeaux, la guérison nous semble cependant devoir être la règle lorsque l'intervention n'aura pas été trop retardée et que, par une expectation que certains trouvent prudente, mais que nous estimons dangereuse, l'on n'aura pas laissé le malade arriver à un état désespéré (1).

En France, nous n'avons pas trouvé d'éléments suffisants pour juger des résultats obtenus par l'amputation (2); mais, en Allemagne, où l'amputation pour gangrène diabétique est acceptée, comme, d'ailleurs, en Angleterre (3) et en Amérique (4), nous trouvons la statistique intégrale de Kuster. Ce chirurgien, sur

(1) Kœnig — qui ampute juste au-dessus du sphacèle — a fait 4 amputations de cuisse et a eu 4 morts immédiates, mais Landow, qui rapporte le cas, reconnaît que l'état des malades était désespéré au moment de l'intervention.

(2) Dans les thèses de Vidal (Lyon, 1892); Lacq (Toulouse, 1893-1894); Blanc (Paris, 1895-1896); Baraillaud (Bordeaux, 1897), il n'y a, en effet, que 5 observations françaises d'amputation pour gangrène diabétique. Dans les 5 cas, il y a eu guérison, mais combien d'amputations ont été faites?

(3) Discussion à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, 25 octobre 1892. Analyse in *Semaine médicale*, 1892, p. 436.

(4) Powers. *Amer. Journ. of med. Sciences of Phila.*, 1892, p. 562.

11 amputations, a eu 6 succès et 5 morts, dont 4 par coma et 1 par complication cardiaque (1).

C'est certainement une mortalité considérable, mais cependant bien moindre que celle de l'expectation.

Quant au siège de l'amputation, il nous paraît prudent de le placer élevé et de faire une amputation de cuisse dès que le sphacèle atteint le niveau des malléoles.

Bien que les amputations basses aient donné des succès à Kœnig, qui s'en est institué le défenseur (2), elles nous paraissent devoir être rejetées. Assez souvent, elles s'accompagnent de sphacèle des lambeaux, et Kœnig lui-même en a eu 3 fois sur 10 amputations (3).

Chez les diabétiques âgés — presque les seuls qui fassent de la gangrène spontanée — les artères du membre malade sont souvent oblitérées par l'athérome jusqu'à une assez grande hauteur (4), les nerfs sont ordinairement altérés; en un mot on est en face d'une vulgaire gangrène par athérome; mais ici elle présente un danger particulier d'extension, par suite de la défense très amoindrie que les tissus imprégnés de sucre offrent à l'infection. Aussi l'amputation haute, l'amputation de cuisse, après laquelle la distribution vasculaire assure une bonne nutrition des lambeaux, nous paraît-elle encore plus indiquée que dans la gangrène athéromateuse simple pour laquelle elle est cependant admise en France, surtout depuis le travail de M. Lejars (5). Nous terminerons cette note en disant que chez le diabétique, plus que chez tout autre, la gangrène spontanée et profonde des membres réclame l'amputation immédiate. Si celle-ci est faite haute, et avec une asepsie particulièrement rigoureuse, la guérison sera la règle, alors que dans les mêmes cas l'expectation conduit presque fatalement à la mort.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion d'observer cinq cas dont je me souviens de gangrènes diabétiques. Il s'agissait dans tous les cas de gangrènes septiques diffuses, avec tendance à l'envahissement, avec douleurs très vives, état général mauvais.

(1) Heidenhain. Rapport sur la Clinique de Kuster, *Centralbl. f. Chir.*, 5 mars 1892. Traduction *in* Thèse de Lacq. Toulouse, 1893, p. 11.

(2) Landow. *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XXXVI, 1er février 1893. — Kœnig, *Berliner klin. Wochens.*, 1896, nº 25.

(3) Quatorze amputés : 4 morts rapides; 10 survivent, dont 3 ont du sphacèle. *In* mémoire de Landow, analyse de Lejars, *Semaine médicale*, 1893, p. 344.

(4) Kuster (*in* rapport d'Heidenhain) a très souvent trouvé, à la dissection du membre, la poplitée ou les tibiales oblitérées par l'athérome.

(5) Lejars. *Semaine médicale*, 1892, p. 14-16.

L'observation la plus importante est celle d'un homme de cinquante-six ans environ, diabétique avéré, présentant 50 à 80 grammes de sucre dans les urines, qui fut pris de gangrène du pied remontant jusque près du cou-de-pied en fusées purulentes, sur le dos et la plante ; l'état général empirant, je pratiquai l'amputation de la jambe au lieu d'élection : pas une artère ne donna du sang ; la réunion *per primam* fut parfaite. L'opéré est resté neuf ans guéri ; je fus rappelé au bout de neuf ans pour une gangrène du pied opposé dépassant le cou-de-pied ; je pratiquai l'amputation de cuisse à cause des douleurs atroces que rien ne calmait. Le malade succomba vingt-quatre heures après dans le coma.

Je me rappelle encore quatre autres faits où je pratiquai l'amputation de jambe ou de cuisse. Deux malades succombèrent, deux guérirent.

Je pense, en somme, comme MM. Demons et Bégouin, que l'amputation haute est indiquée et peut donner de bons résultats dans les cas de gangrènes diabétiqnes et en particulier dans celles qui sont athéromateuses plutôt que septiques, lorsque les accidents ne seront pas arrêtés par une antisepsie et une asepsie rigoureuses.

M. Guinard. — J'ai, comme M. Schwartz, remarqué au cours des amputations chez les diabétiques que la surface de section ne saigne pas. Il y a cinq ou six ans, pendant que j'étais l'assistant de M. Peyrot à Lariboisière, M. Duguet nous envoya un diabétique avec une gangrène du membre inférieur. Pendant que je faisais l'amputation de la cuisse, M. Duguet nous fit remarquer que cette absence d'écoulement sanguin l'avait déjà frappé au cours d'une amputation de cuisse à laquelle il avait assisté dans des conditions analogues. Me rappelant un mémoire de Montaz (de Grenoble) sur le cathétérisme des artères, je ramenai la perméabilité des artères et, en particulier, de la fémorale, en introduisant dans le vaisseau une longue pince qui me permit d'extraire de longs caillots fibrineux. Le malade guérit contre toute attente et il vit encore. Dans une autre circonstance analogue, j'ai rencontré les mêmes particularités et j'ai employé la même manœuvre qui rend saignant un moignon qui ne saigne pas, et j'ai obtenu aussi la guérison. Je crois qu'il est intéressant de rappeler cette manœuvre à l'occasion du travail de MM. Demons et Bégouin.

M. Paul Reynier. — La communication de MM. Demons et Bégouin m'a beaucoup intéressé, car il y a longtemps que mes études portent sur les accidents chirurgicaux des diabétiques.

Comme lui je crois qu'il faut intervenir dans ces cas de gangrène grave septique; car si on les abandonne à leur malheureux sort ils sont perdus, comme vient de le dire M. Bégouin, et si on intervient, c'est l'amputation haute qu'il faut faire.

Je l'ai faite pour mon compte personnel dans deux cas de gangrène diabétique de la jambe; j'ai guéri un malade, j'ai perdu l'autre. Mais celui que j'ai guéri était un athéromateux. Or, je voudrais faire ici cette remarque.

Il y a chez les diabétiques deux sortes de gangrène, très différentes comme pronostic. L'une est une gangrène d'origine athéromateuse, par oblitération des vaisseaux. L'autre est d'origine trophique. C'est ce qu'on désigne à tort sous le nom de lymphangite gangreneuse. En effet on voit souvent au début un petit aspect lymphangique de la peau. Mais si vous incisez, vous êtes tout étonné de trouver sous cette peau à peine enflammée déjà tout le tissu cellulaire sphacélé. Il n'y a pas là à proprement parler de lymphangite; c'est presque un sphacèle primitif des tissus, sphacèle humide qui tout de suite engendre des phénomènes septiques, et qui se produit sous l'influence du moindre traumatisme, de la moindre infection qui trouble l'équilibre instable de la nutrition des tissus du diabétique arrivé à une certaine période. Ce diabétique qui fait ainsi de la gangrène est disposé au coma; il a, comme je l'ai dit, un système nerveux en imminence de faire faillite. Or, comme je l'ai montré, on se rend compte de l'état du système nerveux du diabétique, on peut savoir s'il fonctionne toujours, par l'examen des réflexes, qui existent encore souvent dans les gangrènes athéromateuses, et que je n'ai jamais trouvés dans les gangrènes trophiques. C'est ce qui fait la gravité de ces cas. Je voudrais également faire une remarque à M. Schwartz, qui nous a dit qu'avec l'asepsie et l'antisepsie, on pouvait lutter contre les accidents diabétiques; oui, il faut énormément d'asepsie, trop chez les diabétiques malades dont la phagocytose est diminuée, et qui résistent peu à l'infection : mais il faut je crois se défier de l'antisepsie. Ce sont, je le répète encore ici, des trophiques, des malades ayant des névrites périphériques, qui supportent très mal les antiseptiques.

M. Lejars. — Je pense aussi qu'il y a lieu de différencier les gangrènes diabétiques proprement dites, humides, extensives, et compliquées souvent d'une sorte de phlegmon bronzé, et les gangrènes athéromateuses, survenant chez des glycosuriques. Le pronostic des interventions, quelles qu'elles soient, est infiniment plus sombre dans la première éventualité.

J'ai amputé la cuisse, à l'hôpital Beaujon, chez un diabétique

avancé, pour une gangrène du pied et de la jambe répondant à ce premier type : les choses se passèrent relativement bien du côté du moignon, mais le malade succomba, au bout de quelques jours, à des accidents pulmonaires. Il arrive aussi, dans les faits de ce genre, que la situation soit réellement trop compromise pour qu'on puisse tenter une opération ; tout récemment, j'avais dans mon service une pauvre femme, diabétique, dont le pied et la jambe étaient gangrenés et de l'aspect le plus lamentable, mais l'état général était si grave que toute intervention me parut impossible, et, de fait, la malade ne tarda pas à succomber.

La question n'est plus la même en présence d'une gangrène athéromateuse, chez un glycosurique. Pour les gangrènes par athérome, j'ai défendu, en 1892, comme l'a rappelé M. Bégouin, l'amputation haute, dans certaines conditions, et je suis resté partisan de cette pratique dans les formes extensives et douloureuses. L'un de mes malades était un vieillard de soixante-dix ans, auquel j'amputai la cuisse il y a neuf ans, pour une gangrène du pied et du tiers inférieur de la jambe : il survécut cinq ans.

Je crois donc que les exérèses larges sont susceptibles de rendre des services inattendus dans certaines gangrènes, mais sous la réserve expresse que l'amputation soit faite d'emblée, très haut, très au-dessus du foyer gangreneux.

M. Poirier. — Notre collègue Guinard vient de préconiser une manœuvre, le cathétérisme des artères qui ne saignent pas après une amputation : je pense que cette manœuvre est au moins inutile. Le bout d'artère que l'on peut ainsi désobstruer avec une pince n'est pas le bout nourricier des lambeaux qui reçoivent leur vascularisation d'un point plus élevé du vaisseau; d'autre part, la manœuvre de la pince dans le vaisseau ne peut qu'ajouter aux altérations de l'endothélium et provoquer la formation de nouveaux caillots. Si encore l'on était sûr que le caillot soit unique et qu'on puisse l'enlever en entier! A mon avis, je le répète, la manœuvre est au moins inutile.

M. Guinard. — M. Poirier nous dit qu'il croit le cathétérisme des artères « au moins inutile ». Comme je l'ai pratiqué deux fois avec succès après Montaz et d'autres, je persiste à croire, malgré les vues purement théoriques de M. Poirier, que cette manœuvre est inoffensive et souvent efficace.

M. Schwartz. — M. Reynier pense qu'il ne faut pas employer les antiseptiques dans le cas de pansemeuts des plaies opéra-

toires chez les diabétiques. Certainement, tous les antiseptiques ne sont pas ici de mise : mais il en est un qui trouve son indication au premier chef, c'est l'eau oxygénée, qui, dans ce cas, m'a donné des résultats merveilleux.

M. Reclus. — Il ne faut pas s'étonner si cette question de l'intervention dans la gangrène diabétique n'est pas revenue sur le tapis depuis de longues années : tous les chirurgiens sont à peu près d'accord sur la conduite à tenir en pareille circonstance. Nous intervenons lorsque la gangrène ne peut se limiter.

J'ai amputé dans ces conditions, au tiers inférieur de la cuisse, un marchand de vins qui avait 56 grammes de sucre par litre. J'obtins une réunion par première intention. Au 8e jour, une phlyctène apparut sur le membre du côté opposé. J'eus un moment la crainte qu'elle ne fût prémonitoire d'une gangrène, mais il ne se produisit aucun autre accident.

Le cathétérisme des artères dont parlait M. Guinard a été préconisé pour la première fois par M. Severeanu (de Bukarest).

Présentations de malades.

Résection de la veine faciale.

M. Sébileau présente un malade chez lequel il a pratiqué la résection de la veine faciale pour un furoncle de la lèvre supérieure compliqué de phlébite de cette veine. (Renvoyé à M. Potherat, rapporteur.)

Extirpation d'un épithélioma.

M. Berger présente un malade sur lequel il a dû pratiquer l'extirpation d'un large épithélioma des régions préauriculaire et parotidienne ayant envahi la partie antérieure du conduit auditif externe : celle-ci a dû être sacrifiée. La perte de substance a été comblée au moyen d'un large lambeau taillé à la région sus-hyoïdienne et relevé en avant de l'oreille ; la restauration est très satisfaisante ; les poils dont le lambeau est pourvu masquent la déformation en rétablissant l'aspect extérieur de la région chez ce sujet, dont la barbe est très fournie ; la partie antérieure de la conque est parfaitement réparée au moyen de ce lambeau.

M. Berger se loue beaucoup de l'emploi de grands lambeaux pris à la région sus-hyoïdienne et sous-maxillaire dans la restauration des pertes de substance étendues de la joue et, en général, de toute la moitié correspondante de la face, restauration à laquelle ces lambeaux s'adaptent très bien. Même en les prenant très longs et très larges, ils ne laissent aucune déformation de la région à laquelle on les emprunte.

Présentations de pièces.

I. *De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés de septicémie puerpérale. Hystérectomie supravaginale suivie de succès.*

M. Lucien Picqué. — Messieurs, dans la séance du 26 juillet 1899, notre collègue M. Tuffier a attiré notre attention sur la question si délicate de l'intervention chirurgicale dans la septicémie puerpérale. Laissant de côté les cas d'infection généralisée qui échappent à toute action, il a eu surtout en vue les cas d'infection localisée et les observations au nombre de trois qu'il vous a présentées concernent des faits de septicémie utérine sans localisation annexielle ou péritonéale.

De ses trois malades, toutes trois traitées par l'hystérectomie vaginale, deux sont mortes.

Notre collègue montre par les statistiques déjà publiées que de toutes les opérations pratiquées, hystérectomie abdominale totale, hystérectomie vaginale, hystérectomie supravaginale, cette dernière semble avoir donné la plus forte proportion de succès, et il insiste tout particulièrement sur les difficultés de l'hystérectomie vaginale au point de vue de l'hémostase et de la mollesse spéciale de l'utérus, circonstance que Segond a montrée comme pouvant conduire le chirurgien à préférer la voie abdominale à la voie vaginale.

Je viens aujourd'hui vous apporter, à titre documentaire, l'observation d'une malade présentant un cas de septicémie à localisation utérine et annexielle et que j'ai traitée avec succès par l'hystérectomie supravaginale.

Voici l'observation :

Femme de vingt-six ans, entrée récemment à l'hôpital Bichat; cinq accouchements, le dernier en novembre 1900 à la Maternité. Est sortie de la Maternité le onzième jour, après avoir présenté une température de 40 degrés.

Depuis ce moment, cette femme présente des douleurs abdominales vives et vomit presque constamment. C'est dans ces conditions qu'elle entre dans notre service.

L'examen démontre qu'il existe deux masses annexielles et que l'utérus est complètement immobilisé. Le ventre est légèrement ballonné. La température oscille entre 39 à 39°5. Nous nous décidons dès lors à intervenir d'urgence.

L'incision médiane nous permet d'arriver facilement sur l'utérus. De chaque côté il existe une tumeur développée dans l'épaisseur du ligament large au-dessus duquel on constate la trompe et l'ovaire macroscopiquement intacts. L'utérus est mou à la palpation et grisâtre.

En insinuant le doigt à travers une incision faite sur le feuillet postérieur du ligament large, on pénètre dans un foyer formé de points suppurés multiples.

On arrive facilement sur la paroi correspondante de l'utérus, très friable. La pression exercée à ce niveau fait sourdre du pus épais contenu dans la paroi même de l'utérus.

Il s'agit donc d'abcès multiples de la paroi de l'utérus et du ligament large, probablement d'origine phlébitique ou lymphangitique.

J'insiste sur l'intégrité apparente de la trompe, fait intéressant au point de vue de la pathogénie des collections purulentes péri-utérines. L'hystérectomie est pratiquée par le procédé suivant.

Section en travers du ligament latéral gauche. Ligature de l'utérine. Section supravaginale du col. Section du ligament latéral droit de bas en haut, avec ligature de l'utérine en dernier lieu.

Section antéro-postérieure de la portion restante du col pour permettre un large drainage ; Mikulicz. J'insiste particulièrement sur l'extrême friabilité de l'utérus pendant ces manœuvres.

La température a cédé immédiatement et la malade a guéri définitivement.

La cavité utérine est complètement vide et sa paroi est lisse. Il n'existe ni liquide, ni débris placentaires.

Certes, il ne s'agit pas là d'un cas de septicémie rapide absolument superposable à ceux opérés par notre collègue. Il s'agit plutôt d'une septicémie puerpérale prolongée, mais qui au moment de l'intervention présentait des symptômes d'une gravité véritable et qui n'auraient pas manqué d'entraîner la mort rapide de la malade.

Ce cas est également intéressant parce que, contrairement aux cas présentés par M. Tuffier, la paroi utérine et les ligaments larges étaient le siège d'abcès multiples.

Comme lui, nous avons constaté l'extrême mollesse du tissu utérin et des annexes, mais je dois dire que l'opération, bien que difficile, a pu être facilement menée à bonne fin, grâce au procédé opératoire que j'avais adopté.

Il s'agit en vérité d'une chirurgie d'exception, d'abord parce

que la septicémie est devenue chose rare dans nos belles maternités parisiennes et aussi parce qu'en la prenant à temps, on pourra presque toujours éviter aux malades cette chirurgie désolante.

Mais enfin les cas peuvent se présenter, et se présenter dans cette période intermédiaire où la septicémie n'est pas encore généralisée.

L'hystérectomie peut dès lors constituer une excellente ressource, et je serai heureux qu'à l'occasion de mon observation mes collègues nous rapportent les cas qu'ils ont pu observer et les réflexions qu'ils leur ont suggérées.

M. Rochard. — La question que vient de soulever M. Picqué est des plus intéressantes et je demande qu'elle soit l'occasion d'une discussion dans cette enceinte. (*Adopté.*)

Je vous fournirai, lorsque le moment sera venu, plusieurs observations semblables.

Kyste dermoïde de l'ovaire. Pièce osseuse portant huit dents et incluse dans la paroi. Crises réitérées de catalepsie. Guérison opératoire et mentale de la malade.

M. Lucien Picqué. — Il s'agit d'une malade de vingt-huit ans que j'ai opérée dans mon service de l'hôpital Bichat, il y a environ un mois.

Cette femme présentait dans le ventre une volumineuse tumeur bilobée et liquide d'origine ovarienne.

L'opération démontra l'existence d'un kyste de l'ovaire gauche à pédicule très mince. Il contenait de l'huile pure, ainsi qu'il résulte de l'examen pratiqué par M. le Dr Michel, qui doit publier un travail sur ce cas, assez rare.

On trouvait encore dans la poche une masse de cheveux adhérente ; de plus, une pièce osseuse incluse et portant sept dents (cinq petites molaires, une incisive et une grosse molaire). Trois dents isolées étaient incluses de même dans la paroi et sans support osseux (deux petites molaires, une dent de type indéterminé).

La radiographie ci-jointe permet de voir les limites et la forme de la lésion osseuse.

La malade était sujette à des accès réitérés de catalepsie qui disparurent aussitôt après l'opération. Il y a une nouvelle indication opératoire chez cette catégorie de malades. Je ne fais que la signaler ici : elle rentre dans un ordre de recherches à propos desquelles je prépare un travail.

Calcul vésical de 17 grammes chez un enfant de 28 mois. Taille hypogastrique. Guérison.

M. Guinard. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un calcul que j'ai extrait de la vessie d'un enfant de vingt-huit mois. Cet enfant, à l'âge de cinq mois, a eu pendant vingt-quatre heures de l'hématurie sans cause apparente, et n'a plus rien présenté d'anormal jusqu'à l'âge de vingt mois.

Il était nourri au sein jusqu'à l'âge de dix-huit mois.

A ce moment, en juin 1900, l'enfant commença à demander à uriner fréquemment, et, à la fin de la miction, il manifestait une vive douleur, criant, trépignant et faisant de violents efforts.

Depuis trois mois, ces symptômes se sont encore accusés.

Un médecin appelé en ville pratiqua alors la circoncision, et comme les accidents continuent on m'amène le petit malade. La mère me dit que le jet d'urine pendant la miction s'arrête parfois brusquement pour continuer ensuite. Pensant à un calcul vésical, en me basant sur l'hématurie et ces arrêts brusques du jet de l'urine, je fis chloroformer l'enfant, et un explorateur métallique démontre aussitôt la présence de la pierre vésicale. La taille sus-pubienne fut très facile et me permit d'extraire le calcul que je vous présente : il pèse 17 grammes ; sa longueur est de 4 cent. 1/2 et son épaisseur de 2 cent. 1/2. Il est arrondi et hérissé, comme une mûre, de cristallisations très brillantes. Sa couleur est d'un gris cendré. Je me propose de faire scier et de faire analyser chimiquement ce calcul, mais j'ai voulu le montrer intact à la Société de chirurgie.

Je n'insiste pas sur l'opération que j'ai faite et qui a été classique : l'enfant a très bien guéri, bien que ma suture vésicale ait partiellement manqué : la fistule sus-pubienne s'est fermée spontanément en dix jours. Mais je montre ce calcul parce que les calculs vésicaux de la première enfance sont de plus en plus rares, quoi qu'on en dise dans la plupart de nos livres classiques. L'observation en question n'est donc intéressante que par le fait du volume considérable du calcul et de l'âge du sujet (28 mois).

Tuberculose de la synoviale du genou.

M. Potherat. — Dans la séance du 18 juillet dernier, je vous ai rapporté, dans tous ses détails, l'histoire d'une dame de trente-neuf ans, à laquelle j'avais pratiqué la résection partielle de la

synoviale du genou *droit* pour des masses dures, régulières, en galets, que j'avais pris pour des corps étrangers articulaires sessiles, et qu'un examen histologique très complet du Dr Meslay a nettement montré être constituées par des couches de tissu fibreux développées autour d'amas tuberculeux.

J'avais cru le fait unique dans la littérature médicale, mais il ne m'avait pas paru autrement étrange, puisque je trouvais là une forme de réaction organique contre la tuberculose, qui est assez fréquente au niveau d'autres séreuses, et, en particulier, de la séreuse péritonéale.

M. Delorme, à ce propos, nous a déclaré avoir observé plusieurs faits semblables. M. Quénu a rappelé un cas qu'il avait très succinctement présenté devant la Société de chirurgie, et que M. Longuet (*Presse médicale*, 15 juin 1898) a plus longuement publié. M. Delbet, enfin, a déclaré que König, dans son livre sur la *Tuberculose du genou* (Berlin, 1896) avait envisagé ces cas.

Je crois que le cas de M. Quénu (5 février 1896), utilisé par M. Legueu (*Presse médicale*, 24 juillet 1897) dans un travail où il examine les rapports du *lipome arborescent* avec la tuberculose du genou, est un peu différent du mien, macroscopiquement parlant, et qu'il se rapporte plutôt à la synovite végétante qu'au *fibrome tuberculeux*. Au contraire, le cas rapporté par König est très nettement identique au mien. Identique aussi comme évolution clinique, aspect macroscopique, intervention et résultat thérapeutique, le cas d'un ancien capitaine, rapporté par Piedel dans les *Annales de chirurgie de Göttingue* (1879-35), cas qui m'a été signalé par mon ami, le Dr Lapointe.

Absolument semblables, ou légèrement différents au point de vue macroscopique, tous ces cas ont un point commun, la tuberculisation de la synoviale du genou ; ils tendent tous à démontrer que, chez certains malades, la réaction organique contre l'envahissement tuberculeux peut se faire de façons différentes et donner lieu à des synovites végétantes, arborescentes, à des plaques, à des fibromes sessiles ou pédiculés, plus ou moins réguliers, plus ou moins étendus, voire au lipome intra-articulaire.

Le fait que je vous ai rapporté le 18 juillet dernier est de nature à confirmer cette manière de voir ; et c'est pourquoi j'y reviens. L'histoire de ma malade a, en effet, une suite.

C'est au mois de décembre 1899 que j'avais opéré cette malade de son genou *droit*. Or, en octobre 1900, elle me fit constater l'existence, dans son genou *gauche*, d'une masse moins dure, mais très nette, déterminant des douleurs, et dont elle voulait être opérée. J'ai donc pratiqué l'arthrotomie *à gauche*, le 12 octobre

dernier, et j'ai enlevé dans le cul-de-sac sous-tricipital un lipome arborescent du volume d'une mandarine. Le résultat de l'intervention fut parfait; très rapidement, le genou reprit son fonctionnement. J'étais désireux, vous le pensez bien, de savoir ce que donnerait l'examen histologique de cette pièce enlevée à la même malade, dans son second genou, et de rapprocher ce fait de celui de Legueu en particulier. Je confiai cet examen à mon ami, M. le Dr Meslay, qui m'a fourni la note suivante : « Sur les coupes au collodion, je vois des îlots de tissu musculaire strié à la partie externe, puis du tissu adipeux plus ou moins lobulé et en dedans du tissu fibreux sous forme de larges bandes de faisceaux conjonctifs très régulièrement onduleux avec quelques cellules conjonctives allongées et flexueuses intercalées; quelques vaisseaux sanguins existent au milieu de ces placards fibreux. A leur extrémité ces placards conjonctifs présentent un nombre plus considérable de cellules, et même celles-ci se groupent en une sorte de nodule inflammatoire. Au centre de ce dernier, le tissu est vaguement fibrillaire, mal disséminé, avec des cellules à noyaux mal colorés ; on dirait une sorte de *dégénérescence caséeuse* qui rappelle le *nodule tuberculeux*, mais il n'existe pas de cellules géantes. Sur des coupes à la paraffine j'ai recherché en des points semblables la présence du bacille tuberculeux; je n'en ai pas trouvé.

Telles sont les constatations de M. Meslay. Prises en elles-mêmes, elles ne seraient peut-être pas suffisantes pour noter de tuberculeuse la lésion présente; rapprochées de la lésion du genou droit, rapprochées de ce que d'autres auteurs ont observé dans le lipome arborescent articulaire, elles acquièrent une réelle valeur en faveur de la nature tuberculeuse du lipome que j'ai enlevé.

En tout cas, il m'a paru intéressant de juxtaposer ces deux faits de lésion articulaire du genou, empruntés à la même malade; de les joindre aux faits de Quénu, Legueu, König, Delorme, et de les ajouter aux documents relatifs à l'histoire de la tuberculose de la synoviale du genou.

M. Bazy. — Je ne crois pas qu'il faille considérer le lipome arborescent des articulations comme toujours synonyme de tuberculose. Dans un cas que je vous ai présenté ici, le lipome arborescent était constitué par un myxome.

Molluscum de la face interne de la cuisse.

M. Paul Thiéry présente un *molluscum* de la face interne de la cuisse, région des adducteurs, opéré sur une femme de vingt-huit ans; la tumeur, à pédicule très étroit, pèse 1.470 grammes : c'est le plus volumineux qu'il lui ait été donné d'observer.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1901

Présidence de M. PAUL RECLUS.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Richelot, qui demande à être nommé membre honoraire.

A propos de la correspondance.

M. TUFFIER dépose sur le bureau :

1° Le tiré à part d'un mémoire publié par le Dr LETOUX (de Vannes) dans les *Bulletins de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*. Ce mémoire est intitulé : « *Considérations générales sur le traitement du tétanos à propos de trois cas de tétanos traités à l'aide d'injections intra-cérébrales et suivis de guérison* ».

2° Un travail du même auteur *sur deux cas de résection du coude pour ankylose dans l'extension*. Ce travail est renvoyé à une Commission. — M. TUFFIER, rapporteur.

Rapport.

Traitement des tumeurs malignes par le sérum anticellulaire
du Dr Wlaeff, privat-docent de l'Académie de Saint-Pétersbourg.

Rapport par M. PAUL REYNIER.

Messieurs, M. le Dr Wlaeff, privat-docent de l'Académie de Saint-Pétersbourg, vous a présenté l'autre jour un malade atteint de cancer de la langue, qu'il avait traité avec un sérum particulier, obtenu par lui en inoculant des oiseaux avec des blastomycètes pathogènes, cellules de levures, isolés des tumeurs cancéreuses de l'homme par Curtis, Plimmer, San Felice.

Cet homme, âgé de cinquante et un ans, au mois de mars 1899, effrayé par des crachements de sang, consulta le Dr Broussolle, de Dijon, qui fit le diagnostic d'épithélioma de la langue et conseilla une opération.

Le 22 juillet il s'adressa au professeur Terrier pour lui demander de l'opérer. Mais, à cette époque, l'affection paraissait avoir pris une telle extension que M. Terrier se contenta de lui prescrire des pilules arsenicales, des gargarismes à l'acide borique. Jusqu'au mois de novembre il continua ce traitement, sur le conseil toujours renouvelé de M. Terrier.

Au mois de novembre, hémorragie de la langue tellement abondante, que le malade l'évalue à 3 litres de sang (?). Les hémorragies se répétèrent aux mois de mai et juillet 1900. Pendant tout ce temps la lésion avait régulièrement continué à progresser. Le malade avait maigri. Son poids, qui au début était de 124 kilogrammes, n'était plus en mars que de 100 kilogrammes en juillet, de 79 kil. 5, et le 24 juillet de 77 kil. 5.

A cette dernière date le malade se plaignait beaucoup de douleurs de tête, de douleurs partant de la langue, s'irradiant du côté des deux oreilles. Le sommeil était impossible à cause de ces douleurs, et à cause de la salivation abondante que présentait ce malade. Il ne pouvait plus avaler même le lait; quand il essayait de le faire, le lait sortait par le nez. Une substance fétide, crémeuse, s'éliminait par la bouche. La chambre était empestée par la mauvaise odeur.

La langue, très augmentée de volume, adhérente au plancher de la bouche, était déviée à droite, ulcérée en plusieurs endroits, bosselée, et couverte d'un enduit crémeux purulent. Deux de ces bosselures, l'une du volume d'une noix, l'autre grosse comme une noisette, siégaient à la base de la langue, et le volume d'une était

tel, qu'elle venait s'accoler à la voûte palatine, gênant les mouvements du voile du palais, et expliquant les troubles de déglutition dont se plaignait tant le malade.

Les ganglions lymphatiques du côté droit du cou étaient de la dimension d'un œuf de poule, et ceux du côté gauche de celle d'une noix. Les ganglions de l'aisselle étaient légèrement augmentés de volume. On pouvait constater l'augmentation de volume de la rate, du foie. Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines. La température du corps était de 36°8, le pouls à 80; la respiration 18.

Tel était l'état très alarmant de ce malade, qui parlait de se tuer, voyant que rien ne le soulageait.

Sur les instances de M. le Dr d'Hotman de Villiers, qui fut le collaborateur de M. Wlaeff dans les premières tentatives d'inoculation de son sérum anticellulaire sur l'homme, M. Wlaeff, à son corps défendant, trouvant l'affection trop avancée, et, n'espérant aucun résultat, se décida à faire une première injection. Celle-ci fut faite au malade avec l'aide du Dr Cousin, le 24 juillet dernier. Sur la demande du malade, une seconde injection fut faite quelques jours après. Immédiatement après ces deux injections le malade se trouva tellement sensiblement soulagé, que ce fut lui qui insista pour qu'on continuât le traitement.

En effet, rapidement les douleurs avaient disparu, l'odeur de la bouche devenait moins fétide; la langue paraissait diminuée de volume; les ganglions lymphatiques semblaient moins gros.

Mais ce qui surtout donnait du courage au malade, c'est que la déglutition se faisait plus facilement. Les liquides ne revenaient plus par le nez; le malade pouvait avaler des œufs à la coque, et la parole devenait plus intelligible.

Avant le traitement, il ne pouvait dormir à cause des douleurs; après la deuxième injection il put dormir la nuit entière et quelques heures dans la journée.

Les injections furent donc continuées à intervalles rapprochés.

Le mieux continua à s'accentuer; les bosselures de la langue peu à peu diminuèrent, sans disparaître toutefois complètement. Après dix injections, le malade commença à se comporter comme un homme bien portant; il put se promener à l'Exposition et se remettre à ses affaires. L'amaigrissement s'arrêta, son poids devint stationnaire et s'est maintenu depuis entre 79 et 75 kilogrammes.

A l'heure actuelle, quand on nous l'a présenté, il y a un mois, nous avons trouvé un malade se vantant beaucoup du traitement qu'il avait suivi, et très reconnaissant. Il nous a confirmé ce que M. Wlaeff nous avait annoncé, le mieux qu'il ressentait. Il pouvait

parler, siffler, et nous disait qu'avant le traitement ceci lui était complètement impossible.

Toutefois les ganglions du cou restent toujours gros. S'ils ont diminué de volume, d'après le dire du malade, ils sont loin d'avoir disparu. La langue reste toujours dure, bosselée, adhérente au plancher de la bouche. Toutefois le malade fait remuer un peu la pointe, et nous dit qu'elle est plus mobile. Le fait qu'il se remet à siffler semble venir à l'appui de son dire.

En résumé, sous l'influence des injections du Dr Wlaeff, l'état

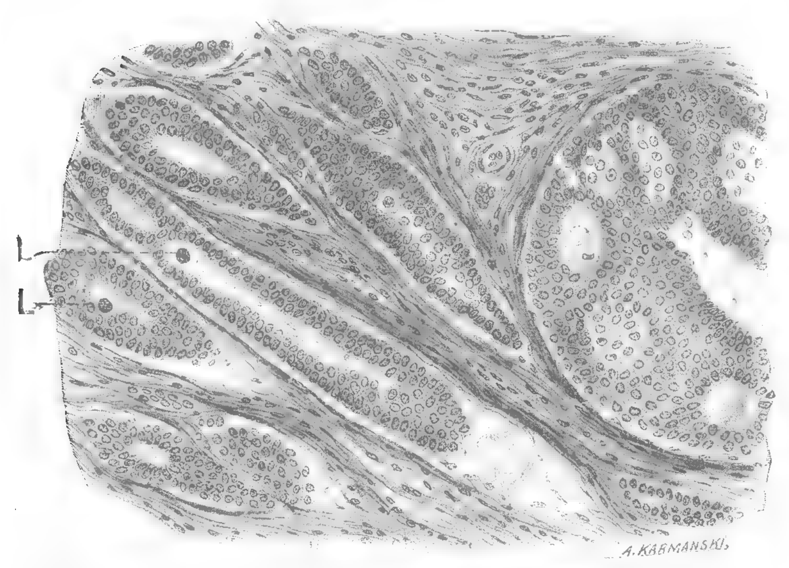


Fig. 1. — Coupe de la tumeur du sein. Épithélioma cylindrique.
L, levures.

général du malade s'est incontestablement amélioré, les douleurs spontanées ont disparu, le sommeil est revenu, l'appétit est meilleur, et le malade, contrairement à ce qui se passe en pareil cas, a maintenu son poids.

Je vous ai de plus présenté une autre malade atteinte de tumeur du sein, qui, sous l'influence du même sérum, a vu son état général tellement s'améliorer qu'elle avait augmenté de 8 livres. Sa tumeur avait diminué, et elle avait pris un aspect si bénin, que quelques-uns d'entre vous pensaient à une tumeur bénigne. Or, je l'ai opérée, et l'examen histologique de la tumeur, fait par le Dr Josué, mon chef de laboratoire, par M. le Dr Wlaeff, dont les examens ont été soumis à MM. Letulle, Brault, au professeur Cornil,

a fait diagnostiquer par tous : épithélioma cylindrique ; je vous présente d'ailleurs le dessin d'une des coupes.

Mais si j'ai opéré cette malade, là encore la tumeur avait persisté, malgré le bénéfice incontestable, comme dans le premier cas, que la malade avait tiré de ces injections.

Toutefois ces améliorations dans une affection où, quoi qu'on dise, notre thérapeutique est si impuissante, ne sont pas sans nous surprendre, et méritent que nous les discutions.

Mais, avant d'entrer dans la discussion des faits, vous me permettrez, messieurs, de vous montrer sur quelles bases scientifiques repose la découverte du sérum de M. Wlaeff, et ce qui l'a conduit à l'expérimenter.

Pour cela, je me vois obligé de venir exposer devant vous toute une théorie qui veut que le cancer soit parasitaire, et vous montrer sur quelles observations sérieuses cette théorie à l'heure actuelle s'appuie.

Vous m'excuserez, étant donnée l'importance du sujet, qui est traité pour la première fois dans cette Société, si mon rapport est un peu long, et si j'abuse de votre patience.

Plus nos connaissances bactériologiques s'étendent, mieux nous connaissons le rôle des microorganismes dans l'économie, plus nous voyons le nombre des adhérents à la théorie parasitaire du cancer s'augmenter. On peut même dire qu'il n'y a plus d'adversaires vraiment intransigeants. S'ils discutent, ce n'est plus avec la conviction absolue du contraire, mais dans un esprit scientifique, dont il faut les louer, esprit qui se garde des enthousiasmes dangereux, et exige pour se rallier des faits précis, indiscutables.

La théorie parasitaire est, en effet, comme le fait remarquer M. Ménétrier, l'hypothèse la plus simple comme conception, la plus anciennement émise, et en même temps la plus moderne.

Elle a pour elle, en effet, les faits cliniques, dont elle nous rendrait mieux compte que toutes les théories embryonnaires fondées sur des troubles de développement.

C'est ainsi que l'hérédité bien connue du cancer s'expliquerait tout naturellement. L'enfant né de parents cancéreux naîtrait comme l'enfant né de parents tuberculeux, avec un terrain apte à l'infection, et pourrait échapper à cette infection si le hasard le lui permettait.

On comprendrait mieux le rôle du traumatisme, sur lequel Verneuil insistait, et qui semble localiser le cancer, comme il localise les infections. On ne serait plus surpris de noter dans la genèse de certains cancers l'influence de la syphilis, qui semble préparer, pour le cancer comme pour la tuberculose, infec-

tion qu'on ne discute plus, le terrain sur lequel il naîtra. La coïncidence fréquente des deux affections chez le syphilitique plaide pour les deux affections en faveur de la même origine.

Les communications récentes de Gaucher, qui confirment ce que j'enseigne à mes élèves depuis de longues années sur les relations de la syphilis et de l'épithélioma de la langue, montrent le fait d'une façon indéniable.

Ne sommes-nous pas également étonnés de trouver dans l'examen du sang des cancéreux des caractères qui le rapprochent du sang des infections ?

N'y a-t-il pas également quelque chose qui nous frappe dans nos opérations sur le cancer, où , comme dans beaucoup d'infections, l'exérèse large, complète quand elle est possible, donne seule quelques chances de guérison?

Qu'on laisse des ganglions, une parcelle du mal, et l'opération, loin d'être utile, semble donner un coup de fouet à l'affection, et précipiter la marche du mal. N'est-ce pas ce que nous disons pour une infection non discutée, la tuberculose de l'adulte ?

Ces récidives rapides, même quand on croit avoir fait l'exérèse complète, dès le début du mal, ne semblent-elles pas montrer que nous sommes en présence d'une infection générale, dont la tumeur cancéreuse est la première manifestation, et que démontrent plus tard ces envahissements ganglionnaires, ces carcinoses généralisées?

Notre attention se trouve encore arrêtée par ces faits qui, isolés autrefois, nous laissaient sceptiques, et qui, se multipliant, devenant plus nombreux, nous font penser que la contagion du cancer n'est peut-être pas une chose si impossible.

Ne pouvons-nous pas être surpris, en effet, de ces statistiques nombreuses, qui nous montrent que certaines localités semblent devenir le fief du cancer, tandis que d'autres sont indemnes?

A Paris, la mortalité par cancer serait de 4 p. 100, tandis qu'à Cormeilles, d'après le Dr Arnaudel, elle est de 14 p. 100. Des statistiques pareilles sont relevées par Le Gros, à Argentan, Rebulet, à Bourgtheroulde, Fiessinger, à Oyonnax, Mathieu, à Coromanches, Behla, à Luckau. Affaire de tempérament plus ou moins arthritique, répond-on. Mais cette objection tombe devant ce fait signalé par Fiessinger, qui, dans la même localité, où les tempéraments doivent être les mêmes, voit qu'à Saint-Claude, la ville basse, au bord de la rivière la Bune, renferme un grand nombre de cancéreux, tandis que la ville haute n'en a pas.

Même observation est faite par Behla, qui, dans la ville de Luckau, montre un faubourg où le cancer fait des ravages surprenants.

Bien plus, on a cité certaines maisons où le cancer atteignait

presque tous les habitants. C'est ainsi que Blyth, cité par Kirmisson dans une revue générale intéressante qu'il fit paraître en 1888, sur cette question, parle d'une maison où trois personnes meurent successivement de cancer; un étranger qui venait souvent dans cette maison meurt lui-même de la même maladie, ainsi que sa nièce. Depuis Molière, Fiessinger cite des faits analogues.

Mais cette contagion paraît encore plus s'affirmer dans l'apparition du cancer, chez des époux, des médecins, qui ont eu toutes les raisons possibles de pouvoir s'inoculer.

Que dire, en effet, de cette statistique de Guélliot, qui rassemble 23 observations de maris atteints de cancer de la verge, après que leurs femmes eurent été atteintes de cancer utérin? Et les noms des observateurs sont Gaillard, Thomas, Langenbeck, Czerny, Duplouy, Demarquay, Hall.

D'un autre côté, Mac Ewen, Waston et Haye citent 8 observations où ce sont les maris qui sont atteints de cancer de la verge, et les femmes qui meurent quelque temps après de cancers utérins.

Molière et Dive, cités par Lemière dans une revue intéressante parue dernièrement et à laquelle j'emprunte beaucoup de ces détails, publient deux observations où la pipe semble avoir été le vecteur de la contagion.

Le cas d'Alibert, qui s'inocule le cancer et qui meurt cancéreux, celui d'Emson, chirurgien anglais, qui se coupe dans une opération de cancer, et qui meurt huit mois après d'un cancer, paraissent très analogues à celui de Laënnec, que tous les défenseurs de la contagion de la tuberculose ont cité dès la première heure.

A l'appui de ces faits vient encore l'observation de Budd, qui, dans un hospice de cancéreux, voit en dix ans mourir cinq chirurgiens.

Je pourrais multiplier ces exemples, je ne vous cite que les plus frappants, pour vous montrer qu'à l'heure actuelle il est difficile de ne pas tenir compte de tous ces faits, de les regarder toujours, comme on le faisait au début, pour de simples coïncidences.

Mais si la théorie parasitaire du cancer de plus en plus s'impose et hante nos esprits, il faut, pour qu'on l'affirme, les preuves expérimentales et les preuves tirées de la constatation dans les tumeurs du microbe spécifique. Or, il faut reconnaître que, jusqu'à présent, malgré le grand nombre d'expérimentateurs, les preuves fournies sont loin d'être décisives.

Lemière nous dit bien que Hanau et Eiselberg auraient transmis le cancer de rats à rats, Merinsky et Weber de chien à chien, Klinke de cheval à cheval, Moreau de souris à souris. Ce dernier aurait même pu donner le cancer à des souris isolées en leur inoculant

des punaises provenant de souris cancéreuses. Mais à quelle variété de tumeur maligne avait-on affaire?

Le cancer de l'homme n'a encore jamais été inoculé et reproduit sur l'animal, et ce n'est que sur le même individu que les greffes ont pu se reproduire, que des auto-inoculations ont pu se faire, comme ce n'est que sur l'animal de même espèce que le cancer aurait pu se développer.

Quelque incomplets que soient ces faits, ils méritent toutefois d'être signalés.

Ils n'auront cependant toujours qu'une importance relative, tant qu'on n'aura pas trouvé le parasite du cancer, tant qu'on ne l'aura pas cultivé, et qu'on n'aura pas, grâce à lui, reproduit des tumeurs malignes, et pu ainsi mettre hors de doute son existence.

On comprend donc avec quelle ardeur les recherches ont été poursuivies de ce côté. Mais ce fameux microbe semble se rire des bactériologistes. Il se dérobe toujours au moment où on croit le saisir. Il leur apparaît comme dans un mirage, et s'évanouit dès qu'on approche trop près. C'est ainsi que, dès les premières recherches, le succès paraissait facile à atteindre. Nepveu avait à peine signalé des microbes dans une tumeur cancéreuse dont il avait pratiqué des coupes, que Rappin les cultivait, et que naissait la théorie bactérienne de Sheurlen, qui regardait comme agent pathogène du cancer une bactérie qu'il décrivait, cultivait; et quelq e temps après on démontrait que cette bactérie n'avait aucun rôle pathogène, et n'était peut-être qu'un vulgaire saprophyte de la peau venant se développer sur les tissus néoplasiques.

On croit être plus heureux, quand Darier, dans la maladie de Paget, l'épithélioma du sein, décrit des formes cellulaires, qu'il considère comme des coccidies parasites, appartenant à un des genres les plus inférieurs du règne animal. On en rapproche les corps vus par Thomas, Albarran, dans certains néoplasmes, et la théorie coccidienne naît, qui est bientôt défendue par nombre de bactériologistes, et dont Bosc dernièrement se faisait le défenseur.

Malheureusement, on ne peut cultiver ces coccidies, et on n'arrive avec eux à reproduire que des tumeurs inflammatoires n'ayant aucun des caractères des tumeurs malignes, et peu à peu cette théorie, battue en brèche, est abandonnée et fait place à une troisième théorie parasitaire, qui ne fait plus jouer un rôle pathogène aux coccidies mais à des levures, des blastomycètes, qu'on retrouverait dans le cancer, qu'on pourrait cultiver, et auxquelles se rapporteraient beaucoup de formes cellulaires décrites par les auteurs précédents, et qu'à tort on aurait décrites sous le nom de coccidies.

Vous me permettrez de vous exposer cette théorie des blastomycètes, et de vous montrer sur quelle base scientifique elle repose, car cette étude vous fera mieux comprendre les recherches de M. Wlaeff.

Depuis longtemps on savait que les levures peuvent déterminer des phénomènes infectieux.

Étudiant les fermentations de levures de bière, Claude Bernard avait injecté des levures ordinaires dans de la glucose à des lapins, et avait constaté que les animaux mouraient au bout d'un mois.

En 1872, L. Popoff, de Saint-Pétersbourg, avait de son côté remarqué que, sur les chiens, les levures peuvent déterminer de la fièvre et du collapsus.

Mais ce fut surtout quand on les constata et qu'on les isola en culture pure dans différents processus pathologiques de l'homme et des animaux, qu'on les trouva dans le cancer, dans les fruits, que les levures commencèrent à attirer l'attention des bactériologistes; on se demanda alors si elles ne pouvaient jouer un rôle dans la genèse des tumeurs malignes.

C'est en 1894 qu'Otto Busse, de Berlin, trouva dans un sarcome, dans un épithélioma de la peau et de la lèvre, dans de la rhinite chronique, des cellules rondes qu'il décrivit comme des levures. Il arriva à les isoler. Il essaya de les inoculer. Les inoculations furent négatives et il n'ose pas se prononcer sur leur rôle pathogène. C'est ce que fait toutefois Nissen (1894), qui les isole du sang d'un cancéreux et avance qu'elles sont les agents du cancer.

Cette opinion prend corps au fur et à mesure que, les recherches se multipliant, on les trouve dans un grand nombre de tumeurs ou d'affections assez disparates. C'est ainsi qu'on les signale dans e cancer du sein (Plimmer), dans des tumeurs myxomateuses de la peau (Curtis), dans trois cas de sarcome, dans un carcinome de l'ovaire (Roncalli), dans un adéno-sarcome (Roswellpark), dans un épithélioma de la mamelle (Pianese), dans un cancer de l'utérus (Kahane), dans un déciduome malin (Rossi); d'autre part, Colpe les trouve dans le vagin d'une fille de brasseurs, Safchenko dans une infection bizarre à abcès multiples, Casper Gilchrift et W. Stokes dans un pseudo-lupus vulgaire. Busse les avait lui-même isolées dans un cas de pyémie chronique et de sarcome ramolli.

Si j'insiste sur le disparate des affections dans lesquelles on retrouve ces blastomycètes, c'est que vous allez voir l'expérimentation produire cette variabilité de lésions.

En effet, tandis que les premiers expérimentateurs n'arrivent, par les inoculations de ces levures, qu'à des résultats négatifs, et

soulevant une objection qui n'a pas grande valeur, contestent leur présence dans toutes les tumeurs, Bonome disant qu'on ne les constate que 7 fois sur 20, Maffeuci et Sirleo 7 fois sur 38 cancéreux, par contre nous trouvons dans Roncali et San Felice deux défenseurs convaincus du rôle pathogène que peuvent jouer ces levures dans le cancer.

Roncali cherche à démontrer que ce qu'on a pris comme coccidie n'est que des levures.

San Felice trouve un blastomycète sur des prunes; il en obtient des cultures et le désigne sous le nom de saccharomyces neoformans. Inoculant ces cultures à des cobayes et à des chiens, il provoque sur les cobayes, par ces inoculations, une infection diffuse, qui donne naissance à des tumeurs dans différents organes. Mais ces tumeurs ne sont que des tumeurs inflammatoires, formées par un amoncellement de parasites, avec hyperplasie des tissus environnants.

Chez le chien, l'infection paraît moins se généraliser; elle reste locale, et San Felice croit avoir, avec ces injections de culture pure de blastomycètes, développé des tumeurs de nature épithéliale, rappelant par la disposition de leurs cellules le caractère histologique des épithéliomas. Bien plus, il croit remarquer dans ces cas des propagations ganglionnaires et trouver dans les espaces folliculaires des ganglions lymphatiques un grand nombre d'éléments cellulaires de même apparence que les cellules formant la masse principale de la tumeur.

Malheureusement, sur le grand nombre des expériences faites par San Felice, la production de ces tumeurs, ressemblant à des tumeurs épithéliales, est l'exception, deux cas seulement; les histologistes discutent sur les dessins qu'il a publiés, et en tout cas font remarquer que ce n'est que par l'injection directe dans une glande épithéliale qu'il a obtenu ces résultats.

Aussi lui-même reconnaît avec bonne foi que tous ces faits ne suffisent pas encore pour entraîner la conviction.

Ce sont ces recherches que le Dr Wlaeff a continuées.

Se servant des cultures de blastomycètes isolées des tumeurs malignes de l'homme, par Curtis, Plimmer, par lui-même, et des prunes par San Felice, il étudie le degré de virulence de ces blastomycètes, et cherche s'ils donnent des toxines, ou s'ils agissent directement sur les tissus.

Le résultat de ses expériences portant sur 504 animaux, 5 chats, 5 chiens, 4 poules, 5 singes, 146 souris noires et blanches, 184 rats noirs et blancs, 67 cobayes, 47 lapins, 17 pigeons, 22 oies et 2 ânesses, a été donné par lui à la Société anatomique (juillet 1899, octobre 1899, février 1900, *Société de biologie*, 28 juil-

let 1900, décembre 1900, et au Congrès international de 1900).

Or, voici le résumé de ses expériences.

M. Wlaeff est arrivé à établir que les blastomycètes isolés par San Felice, Curtis, Plimmer, diffèrent peu les uns des autres; qu'ils peuvent, ainsi que les bactéries, être renforcés dans leur virulence par des passages dans l'organisme des animaux; qu'ils changent enfin leur virulence et leur morphologie dans l'organisme de ces différents animaux.

Ces faits permettent de comprendre les effets différents des inoculations obtenus par les auteurs précédents.

En faisant varier le degré de virulence de la culture, il a pu déterminer des phénomènes très variables sur les souris, les rats, les cobayes sur lesquels il a expérimenté.

C'est ainsi que si dans un grand nombre de cas il a déterminé, comme les auteurs qui l'avaient précédé, de la septicémie, par contre chez d'autres il a vu se développer des néphrites aiguës, des pneumonies, et enfin des tumeurs, abcès, kystes, et pseudo-lupus vulgaris, dont les unes se formaient soit au point d'inoculation, soit à distance, déterminées par des métastases par voie lymphatique, et le système circulatoire dans tous les organes.

Presque toutes ces tumeurs, ainsi que dans une note parue à la Société anatomique avec la collaboration de M. Weinberg il le constate, sont des tumeurs inflammatoires, des types de granulomes, qui présentent de grandes analogies avec ceux qu'on trouve dans différentes maladies parasitaires, par exemple l'actinomycose.

Mais lorsqu'on place les animaux en expérience dans de certaines conditions, le processus pathologique peut progresser lentement.

Peu à peu ces blastomycètes détruisent les tissus; arrivés à l'épithélium glandulaire, ils trouvent dans celui-ci une barrière. Cet épithélium prolifère, et peu à peu, par le fait de cette prolifération, il se forme une tumeur, qui a pour M. Wlaeff tous les caractères d'un adénome typique, à épithélium cylindrique,

C'est ainsi qu'il a obtenu, sur 3 rats et 1 singe, des adénomes du gros intestin, et, chez 2 cobayes et 2 rats, dans le foie et le pancréas, des tumeurs adéniformes dont je vous donne les figures (fig. 2 et 3).

Il a présenté les coupes de ces adénomes successivement à MM. Cornil, Ranvier, Borel, Ziegler, Baumgarten, ces derniers venus à Paris au moment du Congrès. Tous ont été d'avis que les coupes des tumeurs obtenues par M. Wlaeff étaient en effet des coupes d'adénomes. M. Ranvier prononça même le mot d'adénopapillome.

Toutefois MM. Brault et Letulle faisaient des réserves, et pen-

saient que là encore on se trouvait en présence de tumeurs inflammatoires, telles que M. Wlaeff en a reproduit le plus souvent par les inoculations, et qu'on n'avait là qu'une prolifération de tissus irritative.

Quoi qu'il en soit, M. Wlaeff, en même temps qu'il provoquait ces lésions, discutées comme vous le voyez, essayait d'obtenir contre les blastomycètes, par immunisation, un sérum actif.

Il l'obtint par des inoculations sur les oiseaux, pigeons, poules, oies, animaux réfractaires aux blastomycètes.

Le sérum obtenu ainsi par eux est pur, sans aucune addition de substance antiseptique. Il est limpide, d'une coloration dorée.

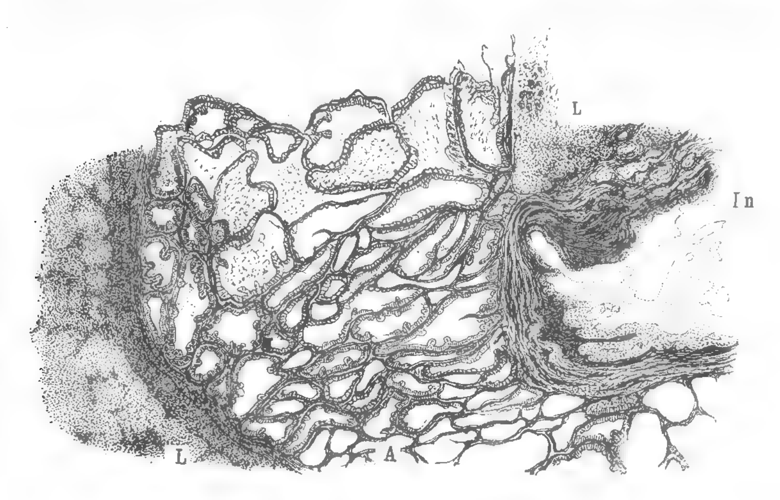


Fig. 2. — Adénome de l'intestin.

L, levures ; A, adénome ; In, intestin ;

S'il injecte ce sérum à des rats avant de leur inoculer des blastomycètes, ceux-ci, malgré les inoculations, restent bien portants, tandis que ceux qui ne l'ont pas ont des accidents.

Si on injecte ce sérum à des animaux qui ont des tumeurs, celles-ci peuvent guérir, si la tumeur n'est pas généralisée.

Après le traitement, la tumeur devient isolée, se nécrose, tombe et se cicatrise.

Mais si le traitement est commencé quand la tumeur est généralisée, l'animal meurt.

Si, quelques jours après l'injection du sérum, on examine l'exsudat péritonéal, on trouve que certaines cellules de blastomycètes sont entourées par des cellules polynucléaires, d'autres se trouvent désagrégées et enveloppées par les leucocytes. Il semble donc que ce sérum agit en développant la phagocytose.

Et ici les expériences de M. Wlaeff viennent à l'appui de celles de Giuseppe Jona, qui, étudiant les moyens de défense de l'économie contre les blastomycètes, montrait qu'en présence du sang, de la sérosité péritonéale, ils peuvent s'agglutiner, se déformer et se dissoudre, et que, dans certains cas, la phagocytose vient achever leur destruction.

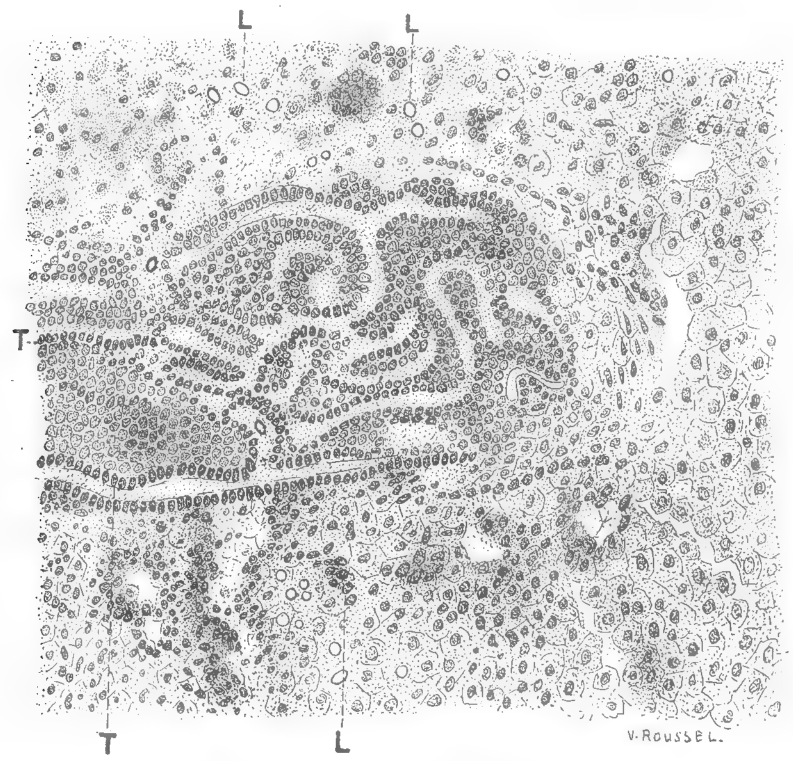


Fig. 3. — Coupe d'une tumeur adénoïde du foie.
L, levures; T, tumeur.

C'est après ces expériences longtemps poursuivies que le Dr Wlaeff, avec le concours du Dr d'Hotman de Villiers, se décida à faire l'essai de ce sérum sur les personnes atteintes de tumeurs malignes.

Comme Roncali, comme San Felice, il se croyait autorisé, par ses expériences et ses recherches personnelles, à croire à l'action pathogène des blastomycètes dans le cancer.

Il retrouvait, en effet, comme ceux qui l'avaient précédé, ces blastomycètes dans un certain nombre de néoplasmes. C'est ainsi que M. Wlaeff les a vus dans dix cas; deux fois dans le suc et

dans les coupes d'un sarcome de la jambe, que j'avais enlevé à une fille de quatorze ans ; dans un sarcome de l'ovaire enlevé par moi à une femme de trente-sept ans ; tandis que dans le premier cas il les avait isolés et cultivés, dans celui-ci il les trouve et les cultive en culture pure.

Deux fois il constate encore ces levures dans le suc et dans les coupes d'un cancer de la lèvre inférieure, dans celui d'un cancer de la joue. Enfin, il les trouve dans une coupe de cancer du sein, que je vous présente aujourd'hui, et une fois dans les coupes d'un cancer de l'utérus.

Vous avouerez que toutes ces recherches donnaient à M. Wlaeff le droit de venir proposer, pour le traitement du cancer de l'homme, un sérum qui avait sur les animaux une action manifeste en cas d'infection par les blastomycètes, et qui paraissait d'après tous les essais inoffensif.

Ce fut dans mon service que les premières injections furent faites sous mes yeux et que j'ai pu ainsi en contrôler les résultats.

Le premier malade fut un homme atteint d'épithélioma de la lèvre inférieure, toute la lèvre prise, avec ganglion sous-maxillaire. C'est ce malade qu'ils présentèrent à l'Académie.

Pendant un mois ils firent une série d'injections. La lésion, loin d'augmenter, parut diminuer.

Il se fit une sorte de localisation, et je pus opérer cet homme, un mois après, dans de meilleures conditions que je l'aurais fait le jour de son entrée. Je lui fis une chéiloplastie étendue. Il guérit par première intention, me montrant que ces injections, loin de nuire à l'opération, paraissaient plutôt la favoriser.

Quelque temps après, il revenait avec une petite ulcération de la lèvre qui me parut, comme elle vous aurait paru, suspecte. A ma grande joie, les injections recommencées de sérum en amenèrent la guérison.

Pendant trois mois ce malade engraissa. Il paraissait guéri. Malheureusement, une adénopathie sous-maxillaire est revenue, pour laquelle je l'ai opéré à nouveau. Toujours est-il que ces premiers essais m'ont paru si encourageants, que je crus devoir remettre à MM. Wlaeff et d'Hotman de Villiers plusieurs autres malades; trois épithéliomas du sein, dont je vous en ai présenté un à l'une des séances du mois dernier, et dont je vous ai parlé au début de ce rapport. On continue à faire des injections à cette malade, et rien d'anormal ne fait craindre encore de récidive.

Ils ont encore injecté un sarcome récidivant du péroné, quatre épithéliomas de la langue et un épithélioma du voile du palais, avec énorme adénopathie du cou. Ce dernier mourut au cours des injections d'une pneumonie septique due à la résorption des

produits putrides dont sa bouche était, malgré les lavages, tout le temps remplie.

Or, chez tous ces malades, comme chez le malade de M. Wlaeff, j'ai pu constater une amélioration réelle, au point de vue des douleurs, de l'état général, des hémorragies qui s'arrêtaient, du sommeil et de l'appétit qui revenaient.

Je peux d'ailleurs vous en donner un exemple probant.

Je soigne depuis trois mois un malade syphilitique, tuberculeux, ayant de la leucoplasie buccale, qui est venu me consulter pour une tumeur papillomateuse de la langue, que le Dr Brocq avait diagnostiqué épithélioma. Au début, croyant avoir affaire peut-être à une lésion syphilitique et me rattachant à cette idée, devant l'ennui de faire une opération qui privait le malade de toute sa langue, je conseillai les injections de peptonate de mercure; on lui avait déjà fait, sans succès, des injections de calomel, ce qui aurait pu peut-être me détourner de cette tentative. Mais j'y étais encore poussé par mon cher maître, M. le Dr Duplay, qui, après examen du malade, pensait comme moi à une lésion tertiaire.

Malheureusement, après deux mois d'injections régulièrement faites, je ne voyais survenir aucune amélioration. Le malade souffrait horriblement, ne pouvait dormir, et, malgré l'orthoforme, le chlorhydrate de cocaïne, dont il usait, me rappelait-il, pour 3 fr. 50 par jour, il sentait chaque jour ses douleurs augmenter. Inutilement, pour éviter le frottement des dents, j'avais mis sur les dents un revêtement de gutta-percha. Rien n'y faisait; mon malade se nourrissait mal, avec du lait, des œufs, des soupes, évitant tout ce qui était dur, pain, viande, à mâcher.

Et, devant cet état, j'avais réformé mon diagnostic, et étais revenu au diagnostic primitif de Brocq : épithélioma développé sur une langue syphilitique, et je crois pouvoir affirmer que mon diagnostic cette fois était malheureusement exact.

La première injection fut faite il y a un mois. Immédiatement après, congestion de la langue, de la tumeur, douleurs très vives, puis, au bout de 48 heures, disparition des douleurs, qui ne sont plus revenues. Nous en sommes à la quatrième injection. Or le malade ne fait plus usage d'orthoforme, de cocaïne, et il continue à ne plus souffrir. Ce que je n'avais pu obtenir par un traitement de deux mois, je l'ai obtenu en *48 heures*. Le malade n'a plus besoin de son appareil de gutta-percha, qu'il a enlevé. Il dort toute la nuit, ce qu'il ne faisait pas depuis six mois; il mange des aliments solides, même du pain; ce matin, il me disait qu'il avait mangé une bécasse; il engraisse, se porte mieux. Il est dans la joie et dans l'étonnement, comme je le suis moi-même, du résultat obtenu.

Quant à sa tumeur, elle n'a pas disparu; mais elle a diminué; sa langue est moins bosselée, plus belle d'aspect; sur certains points il se fait un travail de cicatrisation; et ce mieux explique pourquoi le malade peut se passer de son appareil de gutta-percha, car la langue, moins tuméfiée, ne frotte plus contre les dents.

D'ailleurs ces résultats ne sont pas constatés uniquement par moi. M. Wlaeff a eu à traiter un certain nombre de malades que MM. Berger et Lucas-Championnière lui ont confiés, et M. Berger, à l'Académie de médecine, ainsi que M. Lucas-Championnière, reconnaissent comme moi l'amélioration que présentent ces malades sous l'influence des injections de M. Wlaeff.

M. Berger nous disait que « les injections faites avec le sérum anticellulaire de M. Wlaeff ont une action manifeste qui se caractérise par une diminution des douleurs et des troubles fonctionnels qui sont sous la dépendance de la néoplasie, par un retour des forces, de l'appétit, du sommeil, souvent par une augmentation de poids du malade, par une modification de la tumeur, qui, pour n'être pas constante, ne pourrait être mise en doute dans quelques cas. La tumeur diminue de volume; elle devient plus dure; elle se rétracte, les hémorragies dont elle était le siège s'arrêtent parfois, et les ulcérations qu'elle présente peuvent arriver à une réparation partielle; enfin les engorgements ganglionnaires correspondants m'ont paru diminuer de volume dans quelques cas. Ces modifications sont d'autant plus remarquables que, pendant qu'elles se produisent en de certains endroits, la néoplasie ne cesse de progresser sur d'autres. Il semble que la tumeur subisse un travail de sclérose qui étouffe par places les éléments épithéliaux, et qui puisse aboutir à la constitution d'une cicatrice sur d'autres points.

Je cite en entier l'opinion de M. Berger, car c'est la mienne. Je pense absolument comme M. Berger; nos idées communes viennent de la constatation des faits que nous avons observés chacun de notre côté, et qui concordent.

Les injections de M. Wlaeff ont donc une action indéniable sur les tumeurs malignes. Nous devons d'ailleurs en rapprocher celle qu'on obtenait par les injections avec le sérum anticancéreux de MM. Richet et Héricourt. Les résultats concordants de ces observateurs viennent à l'appui de leurs expériences réciproques et donnent encore plus de valeur aux travaux de M. Wlaeff.

MM. Richet et Héricourt, en effet, se servant du sérum sanguin d'un âne inoculé avec du suc d'ostéo-sarcome, avaient obtenu dans certains cas de tumeurs néoplasiques la disparition de la douleur, le retour du sommeil et la régression de la tumeur.

Mais en injectant ce suc d'ostéo-sarcome provenant d'une trituration de la tumeur, MM. Richet et Héricourt injectaient tous les microbes que pouvait contenir une tumeur. Aussi leurs injections, pour les animaux sur lesquels ils expérimentaient, étaient particulièrement toxiques. Si M. Wlaeff, comme le fait remarquer M. Richet, obtient les mêmes effets, avec son sérum obtenu par l'inoculation de blastomycètes, c'est que MM. Richet et Héricourt, avec tous les autres microbes inconnus qu'ils injectaient, injectaient probablement, eux aussi, des blastomycètes. Les expériences de M. Wlaeff trouvent donc un appui sérieux dans les expériences de MM. Richet et Héricourt.

Cette action indéniable des injections de M. Wlaeff est d'ailleurs encore démontrée par les phénomènes cliniques que présente le malade, et les phénomènes histologiques que les coupes de fragments de la tumeur ou l'examen du sang peuvent révéler.

En effet, après l'injection, nous voyons se produire à l'endroit de l'inoculation, quelques heures après, un gonflement de la région, une rougeur érythémateuse de la peau pouvant s'étendre assez loin.

Ce gonflement et cette rougeur diminuent au bout de trois jours et finissent par disparaître spontanément.

Du côté de la tumeur, quelque éloigné qu'on soit du siège de l'injection, il se fait une turgescence des tissus, une congestion ; à ce moment les douleurs sont augmentées ; si elles avaient disparu par le fait des premières injections, elles reviennent ; mais ce retour à la douleur dure peu, et cette congestion de la tumeur est suivie d'une sorte de régression.

Les malades, pendant les deux premiers jours, peuvent avoir une légère élévation de température, 38 degrés, 38°5. Dans un cas, celui de ce malade tuberculeux et syphilitique, nous avons vu, avec une injection un peu trop forte, 12 centimètres cubes, la température le lendemain monter à 38°5, et le surlendemain à 39. Depuis, M. Wlaeff a diminué les doses, et l'élévation de température après l'injection a été minime. Si je cite le fait, c'est pour montrer que, chez les gens débilités, il faut aller avec prudence et graduer les doses.

Mais, en dehors de ces malaises de courte durée, toujours l'injection a été inoffensive.

Si j'ai perdu un malade au cours de ces injections, on ne peut mettre sa mort à leur actif. Car il s'agissait de cet épithélioma du voile du palais sphacélé, qui sécrétait des produits putrides, dont la résorption détermina une pneumonie septique.

L'examen du sang après l'injection montre une leucocytose augmentée, portant surtout sur les éléments polynucléaires.

Si on fait des coupes de petites parcelles de la tumeur enlevées à l'emporte-pièce, on est frappé de la proportion de globules blancs qui viennent autour de la tumeur.

Ces observations font donc penser que les injections agissent

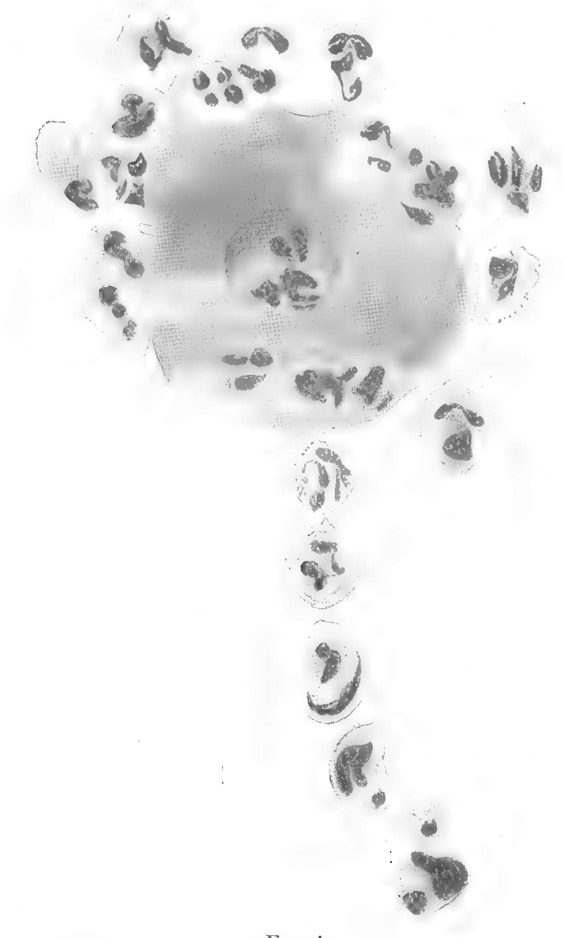


Fig. 4.

Cellule épithéliale entourée de globules blancs polynucléaires.

en exerçant leur action chimiotaxique sur la masse leucocytaire que contient toute tumeur, et en activant la phagocytose.

On remarque également une sorte d'ischémie qui se produit dans la région, ischémie dont j'ai eu la preuve dans deux opérations d'épithélioma du sein faites après injections.

J'ai été frappé de voir dans ces deux cas combien il y avait peu

d'artères à lier, et combien, contrairement à ce qui se passe en pareil cas, la plaie saignait peu. Cette ischémie explique l'arrêt des hémorragies. Il semble, comme le dit M. Wlaeff, qu'il se fait autour de la tumeur une formation de tissu fibreux qui la limite et l'isole. L'observation de la femme que je vous ai présentée en est un exemple.

Je vous présente d'ailleurs des dessins de préparations de

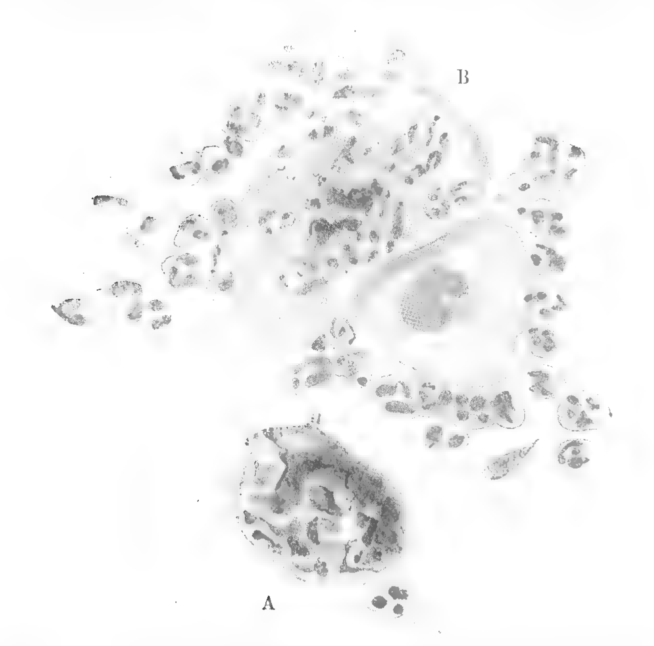


Fig. 5. — Cellules épithéliales entourées de globules blancs.
A, cellule détruite par les globules blancs; B, cellule en voie de destruction.

M. Wlaeff, où vous verrez l'importance de cette phagocytose, et le rôle que peuvent jouer ici les globules blancs (fig. 4 et 5).

Autour des cellules épithéliales, on voit se former une véritable armée de leucocytes, qui font le siège de ces cellules, pénètrent la cellule, et arrivent à la détruire.

On comprend que s'il n'y avait que quelques cellules, cette destruction puisse se faire; en pratique, le volume énorme de la tumeur montre que ce travail ne peut arriver qu'à un résultat minime et bien insignifiant.

Ces faits n'en sont pas moins, au point de vue purement scientifique, d'un grand intérêt, dont vous serez frappés comme moi.

J'ajouterai enfin que M. Wlaeff a essayé de faire dans les cas de tumeurs malignes des injections de sérum d'oie non immu-

nisée. Ces injections ne lui ont donné aucun résultat. Il est inactif, et ce n'est que lorsqu'on a immunisé avec les blastomycètes les animaux, que le sérum devient actif et produit les effets que nous avons consignés.

Tels sont, Messieurs, les faits que j'ai cru devoir analyser devant vous. Que devons-nous en conclure?

Trop incompétent en bactériologie, et me contentant simplement de vous exposer les faits, je laisse à d'autres le soin de juger et de discuter les expériences de M. Wlaeff et leurs résultats; je ne peux toutefois m'empêcher de reconnaître que ces travaux sont particulièrement troublants pour nous autres profanes, et paraissent fournir des arguments sérieux aux partisans de la théorie parasitaire.

Le sérum qu'il préconise a une action évidente sur les néoplasmes, démontrée par cette réaction de la lésion après l'injection, par cette diminution de la douleur, par les tendances à la régression, par cette ischémie qu'on constate pendant l'opération, par ce retour de l'appétit, du sommeil, l'arrêt de l'amaigrissement, et quelquefois l'engraissement du malade. Malheureusement, me dira-t-on, cette action est-elle durable? Non, elle paraît momentanée. Comme le fait remarquer M. Wlaeff, si on cesse les injections, on voit le mal, qui a subi pendant les injections un temps d'arrêt, reprendre sa marche, et les malades finissent par succomber.

Ce n'est pas là la guérison, me dira-t-on.

Ceci est vrai. Toutefois il ne faudrait pas, jusqu'à nouvel ordre, en conclure contre la valeur des injections.

Lorsque, dans la syphilis, maladie infectieuse, vous faites disparaître, au début, avec le traitement mercuriel, les douleurs ostéocopes, toutefois la syphilis continue à évoluer, et cependant vous n'accusez pas le médicament, vous ne désespérez pas du traitement, que vous continuerez pendant de longues années.

Si nous admettons que le cancer est une maladie infectieuse, comme la syphilis, nous pouvons donc bien admettre que le traitement sera long. Demander, rêver une médication qui puisse guérir en quelques jours, faire disparaître des tumeurs déjà anciennes, accompagnées de lésions ganglionnaires indiquant le début d'une généralisation, c'est vraiment une conception peu scientifique, indigne de médecins. C'est sembler ignorer la marche et l'évolution des infections. Ne faut-il pas, pour la syphilis, la tuberculose, que l'acte opératoire intervienne souvent pour faciliter l'action de la thérapeutique interne? Pour le cancer il en est de même. Personne, M. Wlaeff tout le premier, ne peut rêver par aucun sérum supprimer l'acte opératoire. Cela n'a jamais

été sa pensée, et ce n'est pas cela que nous devons demander.

C'est déjà un beau résultat que de pouvoir supprimer la douleur, redonner de l'appétit, du sommeil, soutenir l'état général.

Nous voyons également, d'après la malade que je vous ai présentée, que ces injections peuvent être faites utilement comme traitement préopératoire.

Sous l'influence de ce sérum, la malade avait pris des forces, il s'était fait une certaine localisation de la tumeur, et l'ischémie de la région m'a facilité mon opération.

Mais nous pourrions espérer plus. Pour mon compte personnel, j'avais eu l'espoir que ce sérum, utilisé après l'opération, éloignerait, s'il ne mettait à l'abri des récidives.

Malheureusement, ici les observations ne nous répondent pas. Le malade atteint d'épithélioma de la lèvre, sur lequel on a continué les injections après l'opération, a eu une récidive ganglionnaire trois mois après. Comme j'avais enlevé un ganglion, on peut m'accuser d'en avoir laissé. Mais les injections n'ont pas fait disparaître ce qui persistait.

J'ai bien encore deux cancers du sein qui ont été opérés: la récidive ne s'est pas encore faite! Mais ce sont des cas trop récents pour avoir de la valeur. Que M. Wlaeff nous donne plus tard une statistique dans ce sens, et il augmentera de beaucoup la confiance que nous pourrons avoir dans son sérum. Malheureusement pour M. Wlaeff, jusqu'à présent, on a essayé surtout son sérum pour des cancers inopérables, comme celui qu'il vous présentait.

Il peut dans ces cas rendre des services, ainsi que le prouve l'observation du malade qu'il nous a présentée. Mais là encore on ne doit attendre de ce sérum qu'un soulagement, car les expériences mêmes de M. Wlaeff montrent que, quand sur les animaux l'infection est généralisée, les injections de sérum ne les empêchent pas de mourir. Ce n'est que quand l'infection est débutante qu'on a vu la régression des lésions et la guérison se produire chez les animaux.

C'est tenant compte de tous ces faits que je conseille, si on veut se rendre compte de la valeur du sérum Wlaeff, de l'utiliser lorsque la lésion n'est pas encore trop avancée, et de l'utiliser avec l'aide de l'acte opératoire.

Quoi qu'il en soit, laissant de côté toutes les théories, je considère que M. Wlaeff, en nous faisant connaître son sérum, nous a rendu un service.

Il y a donc lieu, comme avaient conclu MM. Berger et Lucas-Championnière à l'Académie, non seulement d'encourager M. Wlaeff, mais de le féliciter, et de le remercier de nous avoir fait connaître ses travaux.

M. Th. Anger. — J'ai demandé à M. Wlaeff si le malade qu'il nous a présenté avait pris du mercure et de l'iodure de potassium. Car on sait que ce traitement détermine une poussée qui cesse et est suivie de régression. On peut attribuer la régression de la tumeur autant à la cessation du traitement antisyphilitique qu'au sérum anticellulaire.

M. Picqué. — Je veux simplement signaler un fait qui a été observé par M. le professeur Berger et par moi. Il s'agit d'un malade venu de l'étranger pour un épithélioma du maxillaire supérieur. Je pratiquai la résection du maxillaire supérieur. Six semaines après, il y avait un bourgeon montrant une récidive. M. Berger me conseilla de faire faire des injections du sérum de M. Wlaeff; or, j'ai vu, malgré quatre ou cinq injections, la tumeur évoluer très rapidement et sans aucune modification préalable; le malade est mort quelques semaines après dans son pays.

La méthode a donc éprouvé dans ce cas un échec complet.

M. Tuffier. — Je demanderai à M. Reynier si lui et M. Wlaeff ont essayé l'action de sérums d'animaux non immunisés. J'ai expérimenté jadis, dans plusieurs cas, le sérum de Richet et Héricourt, et j'ai observé comme résultats des phénomènes du genre de ceux que M. Reynier vient de nous rapporter; comme lui aussi, j'ai vu que malgré tout les tumeurs continuaient à progresser, amenant à échéance plus ou moins brève la mort des malades. De ces faits, j'ai conclu que ces sérums exerçaient surtout leur action sur l'état général des malades, mais nullement sur les tumeurs elles-mêmes.

M. Rochard. — Je répondrai à M. Tuffier que les expériences faites avec le sérum d'animaux non immunisés ont donné, au dire même de personnes autorisées de l'Institut Pasteur, des résultats analogues.

M. Reynier a comparé les effets obtenus par le sérum de M. Wlaeff dans le cancer à ceux donnés par le traitement antisyphilitique dans la syphilis; je demande à M. Reynier s'il a vu par les injections de M. Wlaeff les manifestations néoplasiques disparaître complètement, comme cela se voit dans la syphilis avec un traitement approprié.

M. Terrier. — Je ne crois pas qu'on guérisse complètement tous les syphilitiques par le traitement antisyphilitique. Horsley m'a dit n'avoir pas vu guérir de gommes du cerveau par le traitement spécifique; il a dû intervenir chirurgicalement et enlever les

tumeurs : la guérison a été ainsi obtenue. J'ai soigné, avec François-Franck, un de ses amis qui avait été syphilitique et avait du psoriasis lingual et une plaque diagnostiquée : épithélioma.

Je lui fis une première opération et lui enlevai une partie de la langue. Il y eut une amélioration, mais la tumeur continuant à évoluer, je proposai et pratiquai l'ablation complète de la langue. L'examen histologique montra qu'il ne s'agissait pas d'un épithélioma, mais d'une lésion syphilitique. Le malade a encore vécu sept ou huit ans et succomba à une grippe infectieuse.

On peut dire que l'on pourrait établir comme un axiome que toute lésion syphilitique ne guérit pas toujours par le traitement approprié, et que la syphilis peut produire un certain nombre de lésions qui sont irréparables.

M. Rochard. — Je me suis sans doute fait mal comprendre. Il y a certainement des accidents syphilitiques qui par le traitement ne disparaissent pas, c'est là une notion classique; mais il en est qui se guérissent complètement, et je demande à M. Reynier s'il a vu pareil résultat se produire avec le sérum de M. Wlaeff.

M. Reclus. — En ce qui concerne le traitement des gommes syphilitiques, la guérison dépend de l'âge de la gomme. On en voit qui disparaissent complètement, d'autres, plus anciennes, qui sont enkystées, et qui ne doivent disparaître que par l'intervention chirurgicale.

Je pourrais apporter ici un grand nombre d'observations de malades qui ont été améliorés par le sérum de Richet et Héricourt, dont je continue encore l'usage, pour remédier à certains accidents. Je pourrais aussi citer un malade de M. Monod qui a été très amélioré pendant un certain temps, puis chez lequel la tumeur reprit son évolution.

M. Monod. — Je pourrais citer aussi le cas d'une malade que j'ai vue avec mon maître, M. Tillaux, et mes collègues Reclus et Maunoury. Elle fut considérée comme atteinte d'un cancer inopérable de l'amygdale. Six mois plus tard elle était complètement guérie. Ce fait, non pour contester les observations de M. Reynier, mais pour souligner certaines difficultés de diagnostic.

Pour le fond de la question, il y aurait, me semble-t-il, un moyen bien simple de s'assurer de l'efficacité des sérums dans le traitement du cancer.

Tous nous avons dans nos services de malheureux malades que nous ne gardons que par pitié, atteints de cancers auxquels on ne peut toucher. Il serait bien facile de les soumettre au traitement

considéré comme le plus efficace et de constater ainsi sur une vaste échelle les résultats obtenus.

M. Lucas-Championnière. — Je n'ai pas l'enthousiasme de M. Reynier. Je ne partage pas non plus son opinion qu'on ne pourra pas supprimer le cancer par une injection. C'était même la pensée première de M. Wlaeff. D'après M. Roux, de l'Institut Pasteur, toutes les espèces de sérums déterminent des phénomènes semblables à ceux observés avec le sérum de Wlaeff. Avec des ferments purs, on observe des phénomènes du même ordre.

J'ai vu deux malades soulagés; mais quoique ces malades aient semblé satisfaits et n'aient éprouvé aucun dommage, le cancer n'en a pas moins continué à évoluer. Il semble qu'au moment de l'injection il y ait une certaine détente, mais on obtient cet effet avec des sérums très différents et la question est plus complexe que ne le pense M. Reynier.

M. Paul Reynier. — Je répondrai à M. Théophile Anger que le malade qui a été présenté par M. Wlaeff n'a jamais pris d'iodure de potassium, ni de mercure; on lui faisait seulement prendre de l'arsenic et on le faisait laver avec de l'eau boriquée. J'ajouterai que je n'ai jamais constaté, à la suite du traitement mercuriel, ou du traitement iodé, lorsqu'on le suspend, ce mieux dont parle M. Théophile Anger. Les malades souffrent un peu moins que pendant le traitement, mais il n'y a pas disparition de la douleur, comme celle que je signalais à la suite des injections de sérum, il n'y a pas de retour du sommeil, de l'appétit, et engraissement.

M. Terrier vient de répondre à M. Rochard et lui a fait observer que certaines lésions syphilitiques arrivées à un certain degré ne disparaissent plus par le traitement; il faut, par exemple, l'aide opératoire pour débarrasser le malade d'ostéites syphilitiques, dont le mercure ne vient pas à bout.

A M. Tuffier et à M. Lucas-Championnière, je répondrai que M. Wlaeff, prévoyant l'objection qu'on pouvait lui faire de l'action peut-être semblable du sérum d'animal non immunisé, a essayé ce sérum, ainsi que je le dis dans mon rapport; ce sérum n'a pas produit les mêmes effets que le sérum d'animal immunisé. Il semble donc que le sérum d'animal immunisé acquiert bien des propriétés particulières chimiotaxiques qui doivent le distinguer.

Enfin, à M. Monod, qui me cite un cas d'erreur de diagnostic, je dirai que je connais ces cas; cependant je crois qu'ici, sur vingt-cinq malades que j'ai observés, on doit bien penser que je n'ai pu me tromper vingt-cinq fois.

On me demande enfin si j'ai vu survenir une guérison.

Je ne peux malheureusement parler que de ce malade qui, opéré de la lèvre, voit survenir, la cicatrisation complète étant faite depuis quelque temps, une petite ulcération, sèche, très suspecte, qui me parut une récidive. Elle a guéri par les injections, mais je n'oserais affirmer que mon diagnostic était exact. Dans tous les autres cas, la tumeur était trop volumineuse, trop avancée pour qu'on pût espérer la disparition de cette tumeur. Demander un sérum qui fasse disparaître, qui volatilise de pareilles lésions, c'est un rêve, comme je l'ai dit, qui ne peut se réaliser. C'est sembler ignorer ce qu'est la sérothérapie, qui surtout donne à l'économie la force nécessaire pour résister à l'infection, et les moyens de s'en débarrasser. Je trouve déjà bien beau qu'on puisse faire disparaître la douleur, redonner du sommeil, de l'appétit, relever l'état général, et donner à l'économie la force de lutter contre le cancer. Malheureusement ces effets ne sont pas durables. Ils cessent lorsqu'on cesse le traitement, et, pour que celui-ci soit surtout efficace, il faut que le malade ne soit pas tellement infecté, tellement près de sa fin, que tout traitement doit fatalement échouer. C'était le cas du malade de M. Picqué, chez lequel la récidive épouvantable, rapide, montrait une économie bien infectée, si le cancer, comme nous le supposons, est une infection.

Or, M. Wlaeff, dans ses expériences, fait remarquer que lorsque l'infection par les blastomycètes est généralisée, le sérum n'agit plus. C'était le cas du malade de M. Picqué; et il est déjà bien beau qu'il nous dise que son malade, étant satisfait de son traitement, en avait dû, par conséquent, éprouver quelque bien. Si on veut se rendre compte de la valeur de ce sérum, qu'on l'essaye surtout sur des lésions pas encore trop avancées.

Présentations de malades.

Pleurésie interlobaire gauche suppurée; thoracotomie; guérison.

M. Loison. — J'ai l'honneur de vous présenter le malade que j'ai opéré pour péritonite suppurée diffuse, produite par une perforation typhoïdique de l'intestin grêle et dont je vous ai fait connaître une partie de l'histoire, à la séance du 11 décembre 1900.

Vous pouvez juger de son état général, qui est superbe, et si vous voulez bien interroger ses fonctions digestives et examiner son abdomen, vous constaterez que la restitution anatomique et physiologique s'est faite de la façon la plus satisfaisante.

Aujourd'hui j'ai l'intention de vous entretenir de la complication pleurale qui a constitué le troisième tableau clinique de son affection et que je n'avais fait que vous signaler précédemment.

Observation (suite et fin). — 2 *octobre* 1900. — M..., qui était au dixième jour de son opération de laparotomie, s'est plaint dans la matinée d'un point de côté assez violent, au niveau de la face externe de l'hypocondre gauche. Craignant d'asseoir le malade, je me borne à examiner, par la percussion et l'auscultation, les régions antérieure et latérale de la poitrine, et ne constate rien d'anormal.

3 *octobre*. — La douleur et la dypsnée sont légèrement moindres que la veille. Il tousse un peu et l'auscultation permet d'entendre quelques sibilances du côté gauche, en avant. Crachats blanchâtres, sans caractères particuliers.

Je prescris des inhalations fréquentes d'oxygène dans les vingt-quatre heures, une potion de Tood avec acétate d'ammoniaque et une potion opiacée.

Le pouls reste rapide et la température élevée, mais ces symptômes nous semblent devoir être rapportés à la fièvre typhoïde qui est encore en évolution.

8 *octobre*. — La dyspnée et la toux ont à peu près complètement disparu, et l'apyrexie est presque totale depuis deux jours. Quelques râles persistant dans la poitrine, nous nous contentons de faire de larges badigeonnages iodés sur le côté gauche.

13 *octobre*. — J'assieds le malade pour la première fois et examine la poitrine en arrière. Le poumon droit ne présente rien de particulier; à gauche, je constate une diminution de sonorité à la base, un peu de souffle et de la broncho-égophonie. J'en conclus qu'il existe de l'induration pulmonaire et un épanchement en lame. Depuis hier, la température est remontée et se maintient autour de 38 degrés matin et soir. Le pouls oscille entre 120 et 140; l'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal.

14 *octobre*. — Je note de la submatité remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate, de la diminution des vibrations thoraciques, un souffle doux à l'auscultation au niveau de l'omoplate et quelques râles humides disséminés.

15 *octobre*. — La fièvre et la toux persistent; expectoration de crachats muco-purulents assez abondants. Les symptômes stéthoscopiques étant toujours les mêmes, je pratique, avec le petit trocart de l'aspirateur Dieulafoy, une ponction exploratrice, au 8e espace en arrière, au-dessous de la pointe de l'omoplate gauche; l'aspiration ramène quelques gouttes de liquide rougeâtre et trouble, paraissant être de la sérosité teintée par le sang et contenant des grumeaux purulents en suspension. J'enfonce le trocart à différentes profondeurs et ne trouve pas de collection.

16 *octobre*. — La ponction faite hier semble avoir eu pour résultat de diminuer la toux et de faciliter la respiration.

Pendant les jours suivants, la submatité et les râles humides dispa-

raissent à la base gauche; les vibrations thoraciques se perçoivent maintenant à ce niveau et la respiration s'y entend. Mais, par contre, dans la fosse sous-épineuse et en dedans de l'omoplate, il existe une zone de matité complète, en regard de laquelle le murmure vésiculaire et les vibrations thoraciques ont complètement disparu. Pas de souffle à cette hauteur, de temps en temps quelques râles humides dans le voisinage. Sonorité tympanique prononcée sous la clavicule gauche.

21 *octobre*. — La fièvre continue et l'état général s'altère de plus en plus ; le teint devient terreux. Les symptômes de foyer persistant toujours, je fais une nouvelle ponction au 5e espace intercostal, un peu en dehors de l'angle des côtes, contre le bord spinal de l'omoplate, et cette fois l'aspiration amène immédiatement du pus en abondance.

Laissant le trocart en place, je me mets immédiatement en devoir d'ouvrir la collection, sous la cocaïne, le malade étant trop faible pour supporter l'anesthésie générale.

Le foyer se trouvant en avant de l'omoplate, je n'avais pas suffisamment d'espace pour inciser en dedans de son bord spinal ; et, comme je ne trouvais pas d'autre part de matité nette dans l'aisselle, je ne pouvais non plus songer à passer en avant du bord externe du scapulum. Je résolus alors immédiatement d'aller au pus, en prenant un chemin un peu détourné. Faisant soulever le bras gauche, de façon à faire glisser l'omoplate en dehors et en haut, je sectionnai les parties molles contre le bord postéro-inférieur du scapulum, suivant une direction oblique de bas en haut et de dehors en dedans, sur une étendue de 6 centimètres environ, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à l'angle des côtes. Je dénudai et réséquai la 7e côte sur une longueur de 3 à 4 centimètres. A ce niveau, je trouvai une plèvre épaissie et résistante; je la décollai avec le doigt, en creusant une cheminée en avant de la face profonde de la 6e côte, jusqu'à ce que je sois arrivé au contact de mon trocart. Je communiquai alors, avec l'autre main, des mouvements de latéralité à la canule, de façon à agrandir le trou de ponction pleural, dans lequel je pus bientôt engager mon doigt, qui servit à l'élargir latéralement et vers le bas.

Une grande quantité de pus s'écoule, et je puis explorer une vaste poche dont je ne sens pas le fond, mais qui se trouve limitée en haut et en bas par les faces lisses, normalement en rapport, des lobes supérieur et inférieur du poumon, dont le tissu a conservé sa souplesse physiologique. Je ne fais pas de lavage, et place deux drains plongeant dans la cavité purulente, et ressortant par la plaie cutanée, en se coudant légèrement au-dessous de la 6e côte.

Le pansement, imbibé de pus, fut renouvelé dans la soirée.

22 *octobre*. — La fièvre est tombée ; le pouls s'est amélioré ; la respiration est plus facile. On change le pansement, qui est traversé.

29 *octobre*. — La suppuration est moins abondante ; je supprime l'un des deux drains et raccourcis l'autre. Le malade se trouve mieux; il dort bien, tousse moins et n'a plus de fièvre.

2 *novembre*. — Le drainage est maintenu et le pansement reste en place plusieurs jours.

La respiration à gauche, quoique faible, semble s'entendre dans toute la hauteur. Pas de souffle, pas de râles, pas de matité.

27 *novembre*. — Depuis le 13 novembre, le malade fait à nouveau de la fièvre que rien ne peut expliquer ; le thermomètre oscille matin et soir aux environs de 38 et 39 degrés. L'examen répété, à plusieurs reprises, des diverses organes et appareils ne nous montre rien d'anormal ; le drainage fonctionne et la cavité semble bien se vider ; il n'y a pas de signes pulmonaires.

Un Béniqué introduit dans la plaie s'engage dans un trajet, à direction oblique en bas et en avant qui est celle de la scissure interlobaire, et dont le fond correspond à la paroi antérieure du thorax, en dessous et en dehors du mamelon. En recourbant légèrement le bout de l'explorateur, on se rend compte qu'il suit un couloir relativement étroit et ne peut pivoter.

La respiration s'entend au-dessus et au-dessous de la fistule ; nous notons simplement la persistance d'un certain degré de tympanisme sous la clavicule.

Immédiatement, sous le chloroforme, je découvre la 5e côte, depuis le bord antérieur du grand dorsal jusqu'au fond du trajet, et la résèque sur une longueur de 7 à 8 centimètres. J'incise la plèvre sur la même étendue, et constate qu'il s'agit bien d'un couloir étroit situé entre les lèvres de la scissure interlobaire. J'explore avec les doigts la portion qui se trouve en avant de l'omoplate et reconnais qu'elle présente la même forme ; aucun diverticule ne s'étend en dedans, du côté de la colonne vertébrale. Je passe un gros drain ressortant par les deux incisions et pratique dans la cavité une abondante irrigation avec une solution tiède de permanganate de potasse à 3 p. 1000, la cavité étant, depuis plusieurs jours, envahie par le microbe du pus bleu.

28 *novembre*. — Hier et ce matin, le malade est resté apyrétique, mais, dès le soir, la température remonte et va présenter pendant plusieurs jours de grandes oscillations, dont le maximum atteint 40 degrés et au delà. La fièvre ne disparaîtra définitivement qu'à partir du 9 décembre.

15 *décembre*. — La suppuration étant très faible, je raccourcis le drain, le fais sortir par l'incision antérieure et laisse la postérieure se fermer.

19 *décembre*. — L'orifice postérieur est à peu près complètement cicatrisé.

31 *décembre*. — Le petit tube à drainage, qui avait été maintenu dans la plaie antérieure, est tombé dans le pansement ; je ne le replace pas, et l'incision antérieure se ferme rapidement à son tour.

4 *janvier* 1901. — La cicatrisation des deux orifices est complète.

13 *février*. — Les plaies restent bien fermées depuis plus d'un mois. La cicatrice antérieure est un peu chéloïdienne en quelques points. Le côté gauche de la poitrine est légèrement déformé par rétraction. La percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormol dans le poumon.

Avant de nous occuper du diagnostic et du traitement, qui constituent les deux points importants de la question, demandons aux auteurs si la pleurésie suppurée est fréquente dans le cours de la fièvre typhoïde, et si la forme enkystée interlobaire, de n'importe quelle origine, se rencontre souvent.

La pleurésie est fort rare dans le cours de la fièvre typhoïde, disent Chantemesse dans le *Traité de médecine*, et Dieulafoy dans son *Manuel de pathologie interne*. C'est également l'opinion émise par Labiche (1), d'après ses consultations bibliographiques.

Remlinger (2) nous dit que ces pleurésies sont presque toujours causées par le bacille d'Eberth, et que celles qui sont dues à des microbes d'infection secondaire sont l'exception. L'épanchement peut être séreux, hémorragique ou purulent, mais, quelle que soit sa nature, il offre à la résorption une résistance considérable.

La plèvre gauche serait plus fréquemment envahie, puisque, sur 19 observations recueillies par l'auteur, on trouve : 11 pleurésies gauches, 5 droites et 3 bilatérales.

Rendu et de Gennes ont rapporté à la Société clinique, en 1885, un cas de pleurésie interlobaire droite suppurée, dans le pus de laquelle on trouva le bacille d'Eberth.

Si nous cherchons à savoir quelle est la fréquence relative de la pleurésie interlobaire dans l'ensemble des pleurésies purulentes de toutes causes, nous ne trouvons aucun renseignement à ce sujet. La pleurésie enkystée interlobaire était considérée comme un abcès du poumon, avant les travaux de Bayle et Laënnec, mais si l'on sait bien faire actuellement la différenciation anatomo-pathologique des deux affections, il n'en est pas toujours de même en clinique. C'est l'opinion émise par Tuffier, dans son Rapport sur la chirurgie du poumon présenté au Congrès de Moscou, en 1897, et rééditée par le même chirurgien, dans une discussion devant la Société médicale des hôpitaux, le 27 janvier 1899.

Diagnostic. — Les symptômes de la pleurésie interlobaire sont très variables, et, comme le fait remarquer le professeur Dieulafoy (3), le diagnostic n'est pas chose facile, tant s'en faut. Au début, comme nous avons pu le constater chez notre malade, il y a un état indéterminé, où le rôle du poumon et de la plèvre est mal défini. Le signe vraiment précieux, celui qui permet de soupçonner l'existence de la pleurésie interlobaire, c'est la forme et la situation de la matité. Vers le milieu de la hauteur du pou-

(1) *Thèse* de Paris, 1899.
(2) *Revue de médecine*, décembre 1900, p. 998.
(3) *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 1898-1899.

mon, en regard de l'omoplate, on trouve une zone de matité répondant à peu près au niveau normal d'une scissure, et la sonorité pulmonaire existe au-dessus et au-dessous du foyer mat; c'est ce que Dieulafoy appelle, d'une façon pittoresque, la *matité suspendue*.

Dans la discussion de la Société médicale des hôpitaux, le 27 janvier 1899, Guinon appelle l'attention sur les avantages que peut présenter l'emploi de la radiographie et de la radioscopie pour confirmer le diagnostic des empyèmes interlobaires, et cite le cas d'un de ses malades opéré par Tuffier, après détermination de la situation du foyer purulent par les rayons de Rœntgen. Béclère est du même avis et inspire la thèse de son élève de Jaegher, sur le sujet (1).

Dans notre cas, nous n'avons pas eu recours à ce moyen d'exploration, tellement nous cherchions à éviter à notre pauvre malade tout dérangement et toute émotion non indispensables.

Evolution et traitement. — Dans le cas de pleurésie interlobaire, si l'on n'intervient pas, le tissu pulmonaire voisin se fluxionne et se condense, une communication s'établit avec une bronche et le foyer se vide par vomique. Cette expectoration purulente, qui va durer plusieurs jours ou plusieurs semaines, pourra être suivie de guérison, mais très souvent elle continue et entraîne la mort du patient par sclérose pleuro-pulmonaire et infection par résorption.

Le traitement médical des pleurésies interlobaires étant nul ou insignifiant (Dieulafoy), il n'y a que deux moyens de guérison possibles : ou bien tenter la chance de l'évacuation spontanée du pus par les bronches ; ou bien le faire couler à l'extérieur en incisant la paroi thoracique.

Le premier moyen, qui fait partie de la thérapeutique contemplative, peut réussir dans certains cas, mais il présente trop d'aléas pour devoir être conseillé.

Il ne reste donc qu'un procédé sûr, scientifique, de traitement, c'est l'intervention chirurgicale.

Comment y procédera-t-on? Les auteurs qui se sont occupés de la question n'étant pas complètement d'accord, nous allons exposer les principaux manuels que l'on peut adopter.

L'un pourrait s'appeler le *procédé clinique*, le second le *procédé anatomique*, le troisième le *procédé préventif*; enfin nous nous permettrons de conseiller, dans certains cas, le *procédé mixte*, que nous avons utilisé.

Faisons remarquer en passant que les observations d'interven-

(1) *Thèse* de Paris, 1899.

tion chirurgicale pour pleurésie interlobaire sont peu nombreuses. Les auteurs en citent tout au plus une dizaine. On trouvera l'indication bibliographique de la plupart d'entre elles dans le livre de Cestan : *La thérapeutique des empyèmes*, Paris, 1898, p. 256.

1° *Procédé clinique.* — Les commémoratifs, l'évolution et la symptomatologie de l'affection vous ayant fait soupçonner l'existence d'une pleurésie enkystée interlobaire, et le pus ramené par la ponction exploratrice ayant confirmé votre diagnostic de collection purulente, il ne vous reste qu'une chose à faire : inciser séance tenante, de chaque côté du trocart, les parties molles de l'espace intercostal, ou réséquer l'une des côtes bordant l'espace ponctionné, ce qui est préférable ; ouvrir ensuite la grande cavité pleurale et la protéger par un tamponnement en collerette, ou par des points de suture, si elle n'est pas oblitérée ; puis agrandir le trou de chaque côté du trocart, au moyen du bistouri ou du thermocautère.

Cette méthode est évidemment susceptible de critiques, dont les principales sont les suivantes : la voie d'accès directe, au niveau du point de ponction, est dans certains cas difficile. Vous ne pouvez guère passer, par exemple, entre le bord spinal de l'omoplate et l'angle des côtes, qu'en réséquant sur une faible étendue deux ou trois côtes superposées, et l'accès au poumon reste difficile.

Vous pouvez, d'autre part, être ainsi parfois amenés à traverser une certaine épaisseur de poumon, avant d'arriver à la cavité purulente, faire en un mot une véritable pneumotomie et produire une hémorragie susceptible d'entraîner quelque danger. Mais, pour éviter une hémorragie notable, il suffira d'inciser au thermocautère la lame pulmonaire, comme certains l'ont fait, ou mieux de forer, avec le doigt glissant le long du trocart, une cheminée d'évacuation pour la collection.

2° *Procédé anatomique.* — Le procédé anatomique préconisé par E. Rochard (1) présente un aspect plus scientifique et séduit davantage au premier abord. Pour pénétrer dans la collection sans inciser le parenchyme pulmonaire, il suffirait de pratiquer une résection costale au niveau de la scissure interlobaire correspondante. Ne pouvant passer en dedans de l'omoplate ni à travers l'omoplate, c'est par la partie antéro-latérale du thorax qu'on interviendra. Si l'on a en vue la scissure oblique gauche, comme dans notre cas, une incision de 12 à 14 centimètres sera faite le long de la 6e côte, commençant à 6 centimètres de la

(1) *Gazette des hôpitaux*, février et mars 1892.

ligne médiane et s'arrêtant au bord axillaire de l'omoplate. En recourbant ses extrémités vers le haut, pour lui donner une forme en U, ou en la transformant en H, au moyen de deux petites incisions terminales perpendiculaires, on découvre également la 5e côte.

Après résection de 10 à 12 centimètres des 5e et 6e côtes, on ouvre la plèvre pariétale, en y taillant deux volets, l'un supérieur, l'autre inférieur, et on cherche le profil noir de la ligne scissuraire, toujours facile à trouver. Suivant cette ligne, à l'aide d'un instrument mousse d'abord, avec le doigt ensuite, on décolle les deux lobes pulmonaires et bientôt on arrive dans le foyer purulent.

Si les deux feuillets de la plèvre n'étaient pas adhérents, il faudrait suturer la plèvre viscérale à la plèvre pariétale, au-dessus et au-dessous de la scissure, avant de l'ouvrir.

3° *Procédé préventif.* — M. Delagenière (1), pensant que le traumatisme opératoire n'est rien et que le drainage parfait de la plèvre est tout, conseille la résection des 7e, 6e et 5e côtes, sur la ligne axillaire, dans le but de supprimer le cul-de-sac costo-diaphragmatique et de drainer la plèvre au point déclive, avant d'ouvrir la collection interlobaire, et cela dans le but de prévenir l'infection de la grande cavité pleurale, infection qui pourrait se produire malgré les adhérences presque constantes qui existent au niveau du foyer de pleurésie interlobulaire.

Le professeur Terrier, dans sa *Chirurgie de la plèvre et du poumon* (2), qualifie le procédé de Rochard de *théorique*, et la méthode de Delagenière d'*audacieuse;* l'avenir, ajoute-t-il, nous dira ce qu'il faut en penser.

4° *Méthode mixte.* — Chez notre malade, nous avons employé, en quelque sorte, une méthode mixte. Mais les incisions que nous avons faites en deux temps, nous aurions pu et dû les pratiquer dans la même séance, si l'état général de notre patient nous avait permis de l'opérer sous l'anesthésie chloroformique.

Lorsque le foyer purulent siégera surtout en regard de l'omoplate, comme dans notre cas, la matité débordant très peu le scapulum en dedans et en dehors, nous croyons pouvoir conseiller la technique suivante.

Premier temps. — Faites une ponction exploratrice au 5e espace intercostal, contre le bord spinal de l'omoplate ; si vous ne trouvez pas le pus, répétez au besoin la ponction dans l'espace situé au-dessus ou au-dessous, suivant le cas.

(1) *Archives provinciales de chirurgie*, 1894, t. IV, p. 25.
(2) Paris, 1899, p. 55.

Bien qu'Israël (1) rejette la ponction exploratrice, parce qu'elle expose à des inoculations de la plèvre, nous la croyons indispensable; elle seule, en effet, permet de confirmer le diagnostic et guide l'opérateur.

Le pus s'écoule par le trocart, fermez immédiatement son orifice pour que la poche ne se vide pas, et laissez la canule en place dans le foyer. Portez le membre supérieur en abduction et en élévation, de façon à faire glisser légèrement en dehors et en haut la partie inférieure de l'omoplate. Pratiquez sur la 7e côte une incision de 6 à 7 centimètres, tangente à l'angle inférieur du scapulum et allant jusqu'à l'angle des côtes. Au fond de la plaie, réséquez la côte dénudée sur une longueur de 4 à 5 centimètres; décollez la plèvre pariétale, en progressant avec l'index animé de mouvements de rotation, sur la face antérieure de la côte sus-jacente qui sera la 6e, dans le cas présent, et allez prendre le contact du trocart. La pulpe de l'index, qui regardait la côte pendant le forage de la cheminée d'approche, est alors tournée vers le poumon, l'ongle prêt à pénétrer dans l'orifice de ponction pleural ou pleuro-pulmonaire élargi par des mouvements d'inclinaisons latérales imprimés à la partie profonde de la canule par la main libre. L'index pénètre alors dans la cavité purulente, et, par des mouvements de divulsion à droite et à gauche et de haut en bas, agrandit l'orifice, et, en abaissant la lèvre pulmonaire inférieure, l'amène autant que possible vis-à-vis l'incision pariétale. Laissez le pus s'écouler, puis plongez un gros drain dans la cavité; il assurera l'écoulement du liquide au dehors et empêchera, dans une certaine mesure, son passage dans le cul-de-sac inférieur de la plèvre, dans le cas où ce dernier ne sera pas oblitéré par des adhérences, ce qui sera l'exception.

Deuxième temps. — Introduction d'un Béniqué dans le foyer pour chercher le fond de l'abcès dans la partie antérieure de la scissure, et, s'il y a lieu, résection d'une côte, la 5e ou la 6e, au moyen d'une incision partant du bord antérieur de l'omoplate et se dirigeant plus ou moins loin en avant, selon l'étendue du diverticule antérieur. Passage d'un nouveau drain traversant cette fois le foyer et sortant par les deux orifices.

De cette façon le drainage de la cavité interlobaire sera toujours parfaitement assuré, que le malade se tienne dans la position horizontale ou verticale.

Inutile de dire que si la matité était axillaire, plutôt que scapulaire, nous inciserions immédiatement et uniquement par l'aisselle, suivant le procédé de Rochard.

(1) *Centralblatt. f. Chirurgie*, n° 24, 1886.

M. Rochard. — Il est remarquable de voir avec quelle rapidité la pleurésie interlobaire guérit, contrairement à ce qui se passe pour les pleurésies de la grande cavité.

M. Tuffier. — Cela dépend de l'âge de la pleurésie. Les pleurésies anciennes guérissent moins facilement.

M. Rochard. — L'âge peut être un facteur, mais il n'a que peu d'importance quand il s'agit d'une pleurésie de la grande cavité. Ce qui fait que les pleurésies interlobaires guérissent vite et sans opération secondaire, c'est que leurs parois, formées par du tissu pulmonaire, reviennent facilement l'une sur l'autre.

Cancer du rectum; opération; guérison.

M. Jean Petit présente, de la part de M. Quénu, une femme de quarante et un ans que M. Quénu a opérée récemment, à l'hôpital Cochin, d'un cancer du rectum, par la voie abdomino-périnéale.

Deux faits méritent d'être signalés concernant cette opération :

1° Tout d'abord, la *bénignité des suites opératoires.* A aucun moment, en effet, l'opérée n'a donné d'inquiétude. L'état général est toujours resté parfait, et, en dehors de la très légère suppuration secondaire du trajet du drain, la cicatrisation de cette plaie s'est effectuée sans incident.

2° Le second fait, non moins intéressant, réside dans la rapidité avec laquelle la guérison a été obtenue. Cette malade a été opérée le 8 janvier dernier. Or, elle était déjà complètement guérie la semaine dernière, un mois après son opération, et il a fallu insister auprès d'elle pour retarder son départ à la campagne et pour pouvoir la présenter à la Société.

M. Quénu se propose de revenir ultérieurement devant la Société sur cette opération.

Inversion polypeuse de l'utérus; énucléation du fibrome et réinversion par le procédé de Kustner; guérison, par M. Mauclaire. — Rapporteur : M. Picqué.

Présentations de pièces.

Fibrome de la portion abdominale du ligament rond.

M. MICHAUX. — Je présente à la Société de chirurgie un fibrome de la portion abdominale du ligament rond tordu sur son pédicule, que j'ai enlevé ce matin dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, chez une femme d'une cinquantaine d'années.

Cette pièce présente un double intérêt. Les fibromes de la portion abdominale du ligament rond de l'utérus sont, en effet, rares; dans le mémoire qu'il a publié en 1896 dans la *Revue de chirurgie*, notre collègue Delbet ne rapporte que quatre observations de cette variété contre douze faits de fibrome de la portion inguinale. Autant qu'on en peut juger à l'examen macroscopique, il s'agit ici d'un fibromyome.

Cette tumeur n'était d'ailleurs pas isolée; un second fibrome du volume d'une noisette existait plus en dehors sur le ligament rond. Enfin, l'utérus était lui-même le siège d'un fibrome interstitiel du volume d'une orange. La trompe et l'ovaire droits étaient intacts dans toute leur étendue et nettement distints de la tumeur en question.

La tumeur que je vous présente occupait la cavité abdominale, remontant au-dessus de l'ombilic, presque jusqu'à l'hypocondre gauche.

Le second point intéressant de cette tumeur était sa pédiculisation et la torsion de son pédicule, qui avait le volume du pouce.

La torsion était double, dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre; les conséquences de cette torsion sont également curieuses : la tumeur s'est enflammée; son péritoine s'est épaissi et il adhérait, dans la plus grande partie de son étendue, en haut au mésentère et aux anses de l'intestin grêle, en bas et à gauche à l'anse oméga, dont les appendices épiploïques, hypertrophiés et enflammés, adhéraient à la partie inférieure de la tumeur. L'opération a cependant été facile. En somme, ce fibrome du ligament rond tordu sur son pédicule s'est comporté comme un kyste de l'ovaire tordu.

Vésicule biliaire remplie de calculs.

M. MICHAUX. — Je présente encore une vésicule biliaire remplie de près de 200 calculs, que j'ai enlevée il y a trois semaines, chez une femme de soixante-quatre ans. La malade est aujourd'hui

complètement guérie. Un des calculs est intéressant par sa forme en brioche; une de ces saillies est curieuse : elle est excavée et remplie de 10 à 12 petits calculs du volume d'un grain de millet, comme la plupart des calculs contenus dans la vésicule.

Présentation d'instrument.

Filtre pour stériliser à froid les solutions de cocaïne.

M. Tuffier. — Ce filtre n'est autre chose qu'une petite bougie creuse de Chamberland dans laquelle on verse la solution de cocaïne à stériliser. Elle tombe dans un tube à essai aseptique qui se trouve placé au-dessous. C'est un appareil d'un usage courant dans le laboratoire de M. Roux à l'Institut Pasteur. La stérilisation se fait d'une façon rapide et parfaite.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1901

Présidence de M. DELENS

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Une lettre de M. DELORME, qui, retenu à la chambre par une légère indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3° Une lettre de M. ROUTIER, qui, retenu par un deuil de famille, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance,

4° Un travail de M. le Dr DELAMARE, médecin-major à Rouen, intitulé : *De la strabotomie para-scléroticale.* Ce travail est renvoyé à une commission : M. CHAUVEL, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement des tumeurs malignes inopérables ou récidivantes par la quinine (Méthode de Jaboulay),

par M. P.-E. LAUNOIS, médecin des hôpitaux.

La lecture des *Bulletins* de votre Société m'a appris qu'une partie de votre dernière séance a été consacrée à la médication du cancer par les injections sous-cutanées de substances diverses. Poursuivant des recherches de ce genre dans mon service de l'hôpital Tenon depuis quelques mois, et ayant eu en particulier l'occasion de mettre en pratique la méthode des injections sous-cutanées de quinine proposée par Jaboulay, de Lyon, je n'ai pas craint de franchir ce seuil un autre jour que le vendredi. Permettez-moi, tout d'abord, de vous remercier de l'excellent accueil que vous

voulez bien me faire et laissez-moi vous présenter la malade qui fait l'objet de ma communication et vous résumer son observation.

Le 19 novembre 1900 m'est adressée par mon ami, le Dr Thoumas, une femme de cinquante ans, qui est incapable de se mouvoir et se plaint de vives douleurs dans le dos et dans les membres inférieurs.

Au moment de l'examen, mon attention est tout d'abord attirée sur la mamelle gauche qui, ulcérée et déformée, est immobilisée par ses parties profondes contre la paroi thoracique. Au niveau de la portion la plus saillante du sein existe une ulcération allongée dont le centre atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs. Ses bords irréguliers et déchiquetés se continuent, en s'amincissant, avec le fond, qui est bourgeonnant, grisâtre, et recouvert par un liquide sanieux, ayant une odeur désagréable. Au centre, on aperçoit une saillie polylobée, formée par les débris du mamelon. Du pourtour de l'ulcération partent une série de sillons disposés radiairement et s'étendant jusqu'à la circonférence de la mamelle.

En explorant le revêtement cutané de la glande, on trouve en haut et en dedans, à un travers de doigt du bord de l'ulcération, un épaississement nodulaire de la peau, atteignant le volume d'un haricot. Il en existe un second situé plus en dedans, à 3 centimètres au-dessus du précédent, mesurant les mêmes dimensions que lui, et enfin un troisième, moins volumineux, enfoui dans les plis cutanés qui avoisinent la perte de substance. Ces nodules très durs siègent dans l'épaisseur même du derme; on peut, en effet, les déplacer facilement en les pinçant entre les doigts. Les deux premiers font une saillie assez marquée et présentent une coloration rose jaunâtre. La peau, au niveau de la mamelle, a en grande partie perdu sa mobilité.

La glande forme une masse dure, bosselée, dans laquelle on ne peut différencier les unes des autres les parties constituantes (lobules glandulaires, tissu conjonctif).

L'exploration de l'aisselle permet de constater la présence de trois ganglions, du volume d'une noisette, remarquables par leur dureté; ils glissent sous le doigt et font partie du groupe rétro-pectoral profond. De petits ganglions, également consistants et durs, mais beaucoup moins volumineux, existent dans les creux axillaire et sus-claviculaire.

L'affection a débuté trois ans auparavant sous forme d'une petite « bille » située en haut et en dedans du mamelon; l'ulcération remonte au mois de juillet 1900. Le sein malade a été le siège de nombreuses infections au cours de la lactation; la malade a eu six enfants, dont l'un est mort quelques jours après sa naissance; bonne mère, elle a nourri les cinq autres. Chaque allaitement a

été prolongé pendant seize à dix-huit mois et s'est accompagné de crevasses et d'abcès dont on retrouve les cicatrices.

Au mois d'avril dernier, apparaissent des douleurs dans la région dorso-lombaire ; elles persistent depuis, revenant par accès, sous forme de crises fulgurantes, et s'étendent dans l'abdomen et dans les membres inférieurs. L'endolorissement se généralise et devient tel que la malade n'a pu quitter son lit depuis le mois de septembre. La cachexie est assez marquée; le facies a une coloration jaunâtre ; l'appétit et le sommeil ont complètement disparu ; il existe cependant encore un certain embonpoint. La constipation est opiniâtre ; on n'observe pas de troubles vésicaux et l'urine est normale. L'impotence musculaire est absolue, le talon ne peut être détaché du plan du lit ; les moindres mouvements déterminent des douleurs intolérables. Les réflexes du genou sont abolis ; la sensibilité est intacte. Malgré l'absence de douleur provoquée par la percussion le long des apophyses épineuses, malgré l'absence de manifestations viscérales, on admet la possibilité d'une généralisation de la tumeur aux corps vertébraux et, sinon la compression de la moelle, tout au moins un certain degré d'irritation des racines spinales.

En raison même des caractères que présentait la tumeur, de l'existence de nodules cutanés et d'une polyadénite de voisinage, en raison aussi du mauvais état général de la malade, toute intervention curative nous paraissait impossible et, cette fois encore, notre médication devait être purement palliative et avoir pour but de calmer les douleurs. On eut recours à l'usage de la morphine.

Déplorant devant mon excellent collègue Clément Petit l'impuissance des moyens que le médecin peut mettre en œuvre dans des cas analogues à celui que je vous rapporte, il me rappela les tentatives de Jaboulay, qui, supposant que certaines formes de cancer sont peut-être d'origine parasitaire, a proposé de leur appliquer le traitement qui, chaque jour, donne de si bons résultats dans une autre affection, le paludisme, dont les belles recherches de Laveran sur l'*oscillaria malariæ* nous ont appris la nature parasitaire. Tout en reconnaissant ce qu'avaient d'hypothétique les idées de notre collègue de Lyon, je ne craignis pas de soumettre ma malade aux injections sous-cutanées d'un sel soluble de quinine.

Les injections furent commencées dès le 20 novembre : elles furent faites soit à la fesse, soit à la face externe de la cuisse, par mon externe Magitot, dont les notes m'ont servi à rédiger cette observation. Elles furent d'abord quotidiennes et composées de 50 puis 25 centigrammes de chlorhydro-sulfate de quinine en solution. Au bout de cinq jours survinrent quelques phénomènes

d'intolérance (étourdissements, bourdonnements d'oreille, palpitations), qui nous déterminèrent à n'avoir recours à la médication que tous les deux jours.

Au bout d'un mois, c'est-à-dire vers le 15 décembre, l'accoutumance à la quinine s'est faite; les crises douloureuses sont moins intenses et moins fréquentes. La malade a, depuis quelque temps déjà, retrouvé le sommeil et un peu d'appétit; elle nous fait remarquer que son ulcération est moins suintante et qu'elle a cessé de s'agrandir et de se creuser.

Les forces reviennent progressivement. A la fin de décembre, les nodules de carcinose cutanée ont pâli et sont en voie de régression; les ganglions axillaires et sus-claviculaires ont diminué de volume dans des proportions telles qu'ils atteignent à peine le volume d'un pois.

A partir du 12 janvier, les injections sont pratiquées tous les jours; on injecte un centimètre cube de la solution suivante :

Chlorhydrate neutre de quinine. . .	1 gramme.
Eau distillée	4 grammes.

Chaque centimètre cube représente 0 gr. 25 de sel de quinine. On peut se servir de bibromhydrate, de bichlorhydrate, de chlorhydro-sulfate dans les mêmes proportions (1).

L'ulcération, qui, nettoyée de temps en temps avec de l'eau bouillie, n'a été recouverte que d'un morceau de coton hydrophile sec, s'est rétrécie des trois quarts; elle s'est recouverte d'une croûte épidermique au centre de laquelle on aperçoit quelques débris du mamelon. La sécrétion s'est tarie depuis assez longtemps déjà.

Ces modifications locales se sont accompagnées d'un changement radical dans l'état général. La malade mange avec appétit, ses fonctions se sont régularisées, elle a retrouvé la gaieté et le sommeil. Ses forces sont en grande partie revenues et elle peut rester levée pendant plusieurs heures. L'examen du sang, pratiqué par mon interne, M. Paris, le 1er février, montre que le taux des globules rouges est normal et qu'il y a une très légère hyperleucocytose.

On a pratiqué cinquante-quatre injections depuis le commencement du traitement; leur usage a été suspendu depuis le 10 fé-

(1) Pour la posologie et le mode d'administration, consulter : Jaboulay, Régression médicamenteuse des tumeurs malignes, *Lyon Médical*, 3 juin 1900; Tumeurs malignes améliorées par la quinine, *Lyon Médical*, 2 septembre 1900; Note sur la quinine dans le cancer, *Province Médicale*, juillet 1900; Traitement du cancer par la quinine, *Société nationale de Médecine de Lyon*, 11 février 1901; Ravet, Traitement du cancer utérin par la quinine, *Thèse* de Lyon, 1900.

vrier, époque à laquelle la malade a reçu, par la voie hypodermique, 16 grammes de sel soluble de quinine. Depuis la cessation du traitement, encore récente, il est vrai, l'amélioration se continue, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte.

Vous pourrez m'objecter que chez cette malade l'existence d'une vaste ulcération constituait une porte largement ouverte aux infections secondaires, capables de retentir et sur l'état local et surtout sur l'état général. Vous serez peut-être aussi tentés de supposer que la quinine a agi en raison de ses propriétés toniques et antiseptiques; si je crois aux premières, je regarde les secondes comme bien hypothétiques. En constatant la diminution des nodules de carcinose cutanée, la disparition des adénites de voisinage, la cicatrisation presque complète de la perte de substance du derme, n'est-on pas tenté d'admettre que la médication a exercé une action tout à fait élective sur la marche du processus local? On pourra me faire remarquer aussi que dans cette forme de tumeur l'évolution, souvent très lente, s'accompagne normalement de l'atrophie des parties atteintes. Je répondrai que, dans le squirrhe atrophique, il est fréquent d'observer une diminution progressive de volume, mais que les ulcérations persistent, qu'il s'en développe le plus souvent de nouvelles au niveau des noyaux secondaires et que l'adénopathie de voisinage, au lieu de régresser, va toujours en augmentant progressivement de volume.

En vous communiquant ce fait, je n'ai pas eu l'intention d'exposer dans ses détails la théorie parasitaire du cancer, mais seulement de vous rappeler que, contrairement à l'opinion de Sanfelice et Roncali, qui croient à l'existence de parasites végétaux (schizomycètes), on peut supposer, avec Metchnikoff et Soudakewitsch, qu'il s'agit plutôt de parasites animaux (protozoaires), pour lesquels la quinine est un poison. J'ai voulu vous montrer surtout qu'à côté des sérums et des liquides anticancéreux, de composition plus ou moins complexe, nous pouvons, dans certains cas de tumeurs malignes surtout inopérables ou récidivantes, recourir à un médicament dont nous connaissons depuis longtemps la composition chimique et le mode d'emploi et qui, administré par la bouche ou par la voie hypodermique, peut rendre, comme l'a montré Jaboulay et comme j'ai essayé de vous le prouver moi-même, les plus précieux services.

M. Poirier. — J'ai eu l'occasion de voir deux fois, à trois semaines d'intervalle, la malade que vient de nous présenter M. Launois; à ma seconde visite, j'ai constaté une amélioration indiscutable, notamment en ce qui concerne les noyaux de généralisation qui existent à la périphérie de la tumeur. Je n'en induis

rien relativement à la valeur spécifique du traitement. Peut-être sommes-nous seulement en présence d'une amélioration comme on en observe parfois, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement tonique.

M. Berger. — Il est certain que ce résultat est remarquable, au point de vue local et au point de vue général. Malheureusement il faut montrer les ombres du tableau. Il existe encore une tumeur profonde, et un engorgement axillaire. Nous saurons par M. Launois si cette amélioration n'est que passagère, ou si la guérison s'accuse.

M. Tuffier. — Il y a d'autres médications que les injections de sulfate de quinine qui peuvent agir sur le cancer. Le cacodylate de soude a la même influence. Je vois depuis dix-huit mois une dame qui avait une ulcération étendue à tout la poitrine, greffée sur un cancer du sein : cette ulcération néoplasique s'est cicatrisée sous l'influence des injections de cacodylate de soude, son état général est remarquablement bon, mais la tumeur persiste, aussi étendue, aussi profonde.

Cette médication n'est donc que palliative.

M. Bazy. — On voit des améliorations spontanées, soit dans des lésions *locales*, soit dans des manifestations cancéreuses *à distance*.

Nous avons tous vu des améliorations se produire dans des ulcérations de squirrhe du sein sous l'influence du pansement aseptique.

J'ai vu en outre une paraplégie guérie temporairement.

C'est chez une jeune femme de trente-quatre ans atteinte de cancer du sein avec adénopathie axillaire.

Je l'ai opérée, réunion absolue, et guérison définitive de ce côté.

Mais, après quelques mois, apparition de douleurs dans les membres inférieurs, de paraplégie et d'une petite saillie à la partie inférieure de la région lombaire.

Je fis le diagnostic de généralisation dans la colonne vertébrale.

Le médecin qui soignait la malade jugea utile de faire porter un corset que, pour mon compte, je jugeais inutile; la malade fut cependant améliorée et marcha.

Mais, au bout d'un certain temps, la réapparition de la paraplégie et puis la production d'une fracture spontanée du fémur gauche ne purent me laisser aucun doute sur la généralisation du néoplasme.

M. Quénu. — J'ai fait des tentatives multiples contre le cancer, avec des injections variées.

J'ai appliqué avec le plus grand soin la méthode de Jaboulay, contre des cancers utérins, des cancers du sein. Je n'ai jamais observé aucune amélioration.

J'ai essayé aussi le cacodylate de soude : ces injections n'ont été suivies d'aucune espèce de résultat.

Chez un malade qui était atteint d'un épithélioma de la lèvre inférieure, la méthode de Wlaeff, appliquée dans un service hospitalier, est restée sans effet au point de vue de la cicatrisation; il faut même avouer que ces injections donnèrent le temps à un engorgement ganglionnaire sous-maxillaire de s'accentuer, sinon de se produire.

Certainement on peut employer ces différents procédés chez les sujets *inopérables*, mais ils ne doivent pas nous empêcher de saisir le moment propice pour l'intervention.

M. Poirier. — L'observation de M. Quénu est fort juste. Cependant, dans le cas particulier de la malade de M. Launois, je puis assurer que cette malade est aujourd'hui plus opérable qu'il y a un mois. Il y a un mois, j'aurais hésité, en présence de l'aspect rougeâtre des noyaux de généralisation et de l'œdème des tissus; actuellement, j'opérerais.

L'état général est meilleur, l'état local aussi. Il n'a pas été perdu de temps.

M. Félizet. — La malade de M. Launois était inopérable ; c'est une femme encore jeune, à l'âge moyen du cancer, et il se trouve que ce cancer s'est *rétréci*, *atténué*, *amoindri*, qu'il a cessé d'être ulcéré et que cette femme, inopérable il y a quelque temps, comme le disait M. Poirier, est aujourd'hui à la rigueur opérable.

La moralité chirurgicale à tirer de cette communication est celle-ci : lorsqu'on a enlevé une tumeur cancéreuse, ne serait-il pas bon, utile, de faire des injections de sels de quinine pour se mettre à l'abri des récidives? C'est une question de sagesse et de prudence.

Si, sur un cancer en pleine activité, accompagné d'une adénopathie axillaire et compliqué par la cachexie, les injections de bromhydrate de quinine produisent une pareille transformation, nous sommes autorisés à tout espérer d'une médication préventive, si la région a été chirurgicalement bien *déblayée* par l'art opératoire.

Sur le sérum de M. Wlaeff.

M. Berger. — Sans répéter ici tout ce que j'ai dit il y a moins de trois mois dans la discussion qui a suivi la lecture du rapport de M. Lucas-Championnière sur ce sujet à l'Académie de médecine, je ne puis me dispenser de résumer brièvement les résultats de mon expérience sur les injections de sérum, telles que M. Wlaeff les pratique dans les néoplasies cancéreuses.

Je commence par dire que je laisserai de côté tout ce qui touche au principe même sur lequel M. Wlaeff a cherché à fonder la méthode de traitement. Quelque intéressantes que soient les relations soit des coccidies, soit des blastomycètes avec le développement des tumeurs épithéliales ou cancéreuses, il faut reconnaître qu'aucun lien originel entre les unes et les autres n'est actuellement démontré; il nous semble difficile de discuter ici la valeur scientifique d'une méthode dont le point de départ est encore contesté, et dont la vérification expérimentale dépasse notre compétence.

Il en est tout autrement des résultats que M. Wlaeff a obtenus par les injections de sérum dit anticellulaire : ceux-ci nous appartiennent et nous pouvons les juger puisqu'ils ont été obtenus sur des malades que nous lui avons confiés, et sous notre contrôle. Je ne puis ici que confirmer ce que j'ai dit sur ce sujet à l'Académie dans la séance du 10 novembre, et les faits que j'ai observés depuis lors n'ont en rien modifié mon jugement.

1° Les injections de sérum anticellulaire de M. Wlaeff m'ont paru tout à fait inoffensives, et les quelques accidents, de même que les complications et les aggravations que j'ai vues se produire parfois sur les sujets qui étaient soumis à leur administration, ont été indépendants de leur emploi.

2° J'ai le plus souvent constaté au contraire une amélioration de l'état général des sujets sur lesquels on les pratiquait : on observait un retour de l'appétit, du sommeil; les malades augmentaient de poids d'une manière souvent considérable et assez rapide; presque toujours ils acccusaient un véritable bien-être et reprenaient courage. Cette modification de l'état général, survenant chez des cancéreux inopérables, ne m'a pas paru pouvoir être rapportée uniquement, ni même principalement, à des causes morales, à la confiance inspirée par le traitement, par exemple, quoique celle-ci puisse y avoir eu une certaine part.

3° Les troubles fonctionnels locaux ont diminué d'une manière manifeste dans un certain nombre de cas : les douleurs ont presque toujours subi une atténuation ou un temps d'arrêt; les

hémorragies dont les ulcérations cancéreuses étaient le siège ont cessé de se produire; les phénomènes de sténose même, causés par un cancer du rectum se sont dissipés.

4° Les phénomènes physiques eux-mêmes, dans quelques cas, se sont amendés; j'ai vu des ulcérations siégeant sur un cancer de la langue se cicatriser; les tumeurs diminuent parfois de volume en durcissant, comme si elles étaient le siège d'un travail de sclérose. Chez deux ou trois sujets atteints de cancer de la langue, il m'a semblé que les engorgements ganglionnaires avaient également diminué sans que je les aie vus complètement disparaître.

5° Je dois reconnaître d'autre part que je n'ai jamais observé ni de guérison durable, ni quoi que ce soit qui y ressemblât; bien au contraire, toutes les fois que j'ai pu suivre les malades pendant un temps assez long, surtout après que le traitement par les injections eut été interrompu, j'ai vu la néoplasie reprendre son cours, et quelques-uns des malades soumis à ce traitement ont vu, même pendant son cours, une aggravation de leur état se produire.

Ainsi, en me fondant sur les résultats de l'examen clinique, je ne puis admettre comme prouvé que la méthode de M. Wlaeff soit une méthode de guérison du cancer, ni que les injections de sérum aient sur les néoplasies cancéreuses une action spécifique. Ce qui est certain, et c'est déjà quelque chose, c'est que ces injections ralentissent parfois dans une certaine mesure le développement de la néoplasie; qu'elles améliorent souvent les troubles fonctionnels qui en dépendent, qu'elles relèvent les forces et l'état général du malade. A ce triple point de vue, elles méritent d'être conservées et employées dans le traitement des affections cancéreuses lorsque celles-ci ne peuvent être soumises à un traitement chirurgical efficace. Celui-ci est donc actuellement encore la seule ressource certaine que nous possédions contre les néoplasies malignes; tous nos efforts doivent tendre à pénétrer les malades et les médecins de la nécessité d'y avoir recours en temps opportun, c'est-à-dire dès l'apparition de la néoplasie, et, pour y arriver, de s'exercer à reconnaître celle-ci sans tâtonnements et sans perte de temps dès ses premières origines.

M. Nimier. — J'ai prié notre confrère le Dr Wlaeff de soumettre à sa méthode de traitement un malade auquel j'avais amputé la moitié antérieure de la langue atteinte d'épithélioma, fin juin dernier, et auquel j'avais enlevé un volumineux ganglion sous-maxillaire en novembre. M. Wlaeff a fait une première injection le 7 décembre; la langue restait indemne, mais toute la région sous-maxillaire droite était infiltrée; l'état général était très bon. Quatre autres injections de sérum anticancéreux ont été

pratiquées, les 15 décembre, 17 janvier, 9 et 15 février. Actuellement, l'état général a fléchi, et si la langue ne présente pas de récidive, la tuméfaction sous-maxillaire est très considérable.

M. Wlaeff estime que son traitement chez mon malade a eu pour effet de ralentir la marche de la récidive; il a même noté, lors de son dernier examen, une diminution de la tumeur du cou. Je ne puis malheureusement pas me ranger à la manière de voir de notre confrère.

M. Paul Reynier. — Je voudrais, à la fin de cette discussion, ajouter quelques mots d'explication.

Dans la dernière séance on nous a fait entendre qu'avec le sérum normal des animaux, on obtiendrait peut-être les mêmes résultats qu'avec le sérum des oies immunisées avec les blastomycètes.

C'était le même doute qu'avait émis M. Borel, dans la séance du 2 février dernier de la Société de Biologie, où il disait : « on peut se demander si on n'aurait pas des résultats identiques, en inoculant aux cancéreux des sérums d'animaux normaux. »

Mais, comme vous le voyez, ce n'était là qu'une opinion émise et nullement une affirmation, comme cela semblait résulter de ce que quelques-uns ont dit à la dernière séance.

Or, à ce *peut-être*, j'opposerai les expériences de M. Wlaeff, qui a comparé les résultats obtenus avec le sérum normal des oies, et ceux obtenus avec le sérum des oies immunisées avec les blastomycètes.

Or, voici le résumé de ces expériences :

Il inocule à six rats une dose mortelle de blastomycètes pathogènes.

A deux il injecte en même temps 2 centimètres cubes de sérum d'oies normales.

A deux autres, 1 c. c. 1/2 de sérum d'oies immunisées, pendant un an.

Deux ne reçoivent rien en dehors de la dose de blastomycètes.

Au deuxième jour, un rat qui a reçu le sérum normal meurt.

Au quatrième jour, trois rats mouraient, et il ne restait de survivants que ceux qui avaient reçu l'injection de sérum d'oie immunisée.

Au deuxième jour il retire de la cavité péritonéale des premiers rats, inoculés avec le sérum normal, beaucoup de levures, et quelques leucocytes.

Par contre, de la cavité péritonéale des rats injectés avec le sérum d'oies immunisées, il retire des blastomycètes moins abondants, entourés par un grand nombre de globules blancs polynucléaires.

Chez ces derniers, la quantité de globules blancs qui dans le

sang était, avant l'injection de sérum d'oies immunisées, de 8.000, 12 heures après l'injection était de 10.400.

Chez les rats qui avaient reçu le sérum normal, et chez ceux qui n'avaient reçu aucun sérum, la quantité de globules blancs n'avait pas varié. Chez quelques-uns même elle avait diminué.

Il refait ces mêmes expériences sur deux cobayes de même âge et de même poids.

Un reçoit 3 centimètres cubes de sérum normal, l'autre 3 centimètres cubes de sérum d'oie immunisée.

Chez le premier, les globules blancs, avant l'injection, étaient de 15.200; et dix heures après l'injection, de 12.880.

Chez le second, ils étaient avant l'injection de 8.000; et dix heures après l'injection de 9.300.

Chez les malades, le sérum d'oie normale a été également injecté par M. Wlaeff et n'a pas provoqué de réaction leucocytaire, ni de réaction locale et générale, comme l'a fait le sérum d'oie immunisée.

Sur un malade qui a reçu 7 centimètres cubes de sérum d'oie immunisée, il relève les chiffres suivants :

Avant l'injection les globules blancs étaient de 6.600; douze heures après, de 9.460. Cette augmentation était due aux polynucléaires.

Chez une deuxième malade, ayant une tumeur du sein :

Avant l'injection, le chiffre des globules blancs était de 6.800; vingt-quatre heures après, de 10.130.

Ces faits, comparés avec ceux qu'on obtient avec le sérum antidipthéritique, où, chez les enfants malades, et les chats, M. Wlaeff a noté cette même leucocytose, tandis qu'avec le sérum de cheval normal il n'obtenait rien (Congrès de Moscou, 1897), semblent donc bien prouver que le sérum d'oie immunisée avec les blastomycètes a des propriétés particulières que n'a pas le sérum normal.

Quant à ces traitements variés qui paraissent avoir une certaine action sur le cancer, comme vient de le montrer M. le Dr Launois, en nous présentant une malade traitée par les injections de chlorhydrate de quinine, ils n'infirment en rien la théorie des blastomycètes. Sur les cancers ulcérés, on trouve une quantité de microorganismes fort variables, qui sont dus à des infections secondaires. C'est sur ces microorganismes qu'on agit par les traitements antiseptiques, injection d'alcool, lavages à l'acide borique, injection de résorcine autour de la tumeur, comme nous en avions pratiqué pendant un temps avec notre assistant, M. le Dr Ischwall. Nous avons vu, grâce à ces traitements, s'améliorer pour quelque temps certains néoplasmes, qui diminuaient, prenaient meilleur aspect. Peut-être que, dans certains cas, l'arsenic, le sulfate de quinine peuvent agir de même sur ces infections secon-

daires, comme agit de même probablement le sérum antistreptococcique d'Emmerich.

Je suis de l'avis de M. Berger, quand il pense que nous ne sommes pas ici assez compétents pour juger la question de doctrine. Si toutefois je vous ai exposé toute cette théorie parasitaire aussi longuement, c'était surtout pour vous montrer sur quelles bases scientifiques sérieuses s'appuyaient les travaux de M. Wlaeff, et comment il avait été amené à expérimenter son sérum.

Je me sépare toutefois de M. Berger, quand il nous dit, après avoir constaté les heureux effets obtenus avec le sérum de M. Wlaeff, qu'on ne doit l'utiliser que sur des malades inopérables. Or, je crois que si l'on veut se rendre compte de ce que peut donner ce sérum, c'est surtout en présence de néoplasmes pas trop avancés qu'on doit y avoir recours.

M. Wlaeff vous fait en effet remarquer que si l'on injecte, à des rats inoculés avec des blastomycètes, ce sérum, on n'obtient de résultats que lorsque l'infection est au début, et n'est pas encore généralisée. Si elle est généralisée, le sérum, tout en retardant la mort, n'empêche pas les animaux de mourir. Il doit en être de même pour l'homme.

C'est d'ailleurs ce qu'on note pour d'autres sérums, tels que le sérum diphtéritique, qui agit surtout quand on y a recours au début de l'infection, et qui devient généralement impuissant lorsque l'infection est généralisée.

Il semble donc qu'il y a pour le sérum de M. Wlaeff avantage à l'employer à un stade peu avancé de la maladie, ce que j'ai fait sur un certain nombre de malades, que je surveillais, me tenant tout prêt à opérer si le mieux ne se produisait pas.

M. Quénu. — Je poserai une simple question à M. Reynier : il fait, nous dit-il, l'application des injections de Wlaeff au début du cancer. Cela signifie-t-il qu'il attend quinze ou vingt jours avant d'opérer un cancer opérable? Il nous répond affirmativement, mais, dit-il, il observe son malade. Comment donc observer les migrations cellulaires qui, nous ne savons quel jour et à quelle heure, vont coloniser un ganglion? Je n'en connais pas les moyens à moins d'attendre qu'il survienne une adénopathie appréciable au toucher. Je ne conseillerai pas cette pratique à mes malades.

M. Paul Reynier. — Je répondrai à M. Quénu que j'ai présenté ici une femme atteinte de tumeur du sein qui était venue au mois de mai se montrer à moi, et chez laquelle j'avais fait le diagnostic de néoplasme du sein. Or, cette malade, après cinq mois

d'injections de M. Wlaeff, avait engraissé ; sa tumeur avait diminué et avait pris un aspect si bénin que plusieurs d'entre vous pensaient à une tumeur bénigne ; elle avait, quand je la vis la première fois, un ganglion axillaire, qui avait disparu ; peut-être, me dira-t-on qu'il était inflammatoire? Toujours est-il que, quand j'ai opéré cette malade, je n'ai pas cru devoir rechercher du côté de l'aisselle, et rien ne me fait regretter, jusqu'à présent, de ne pas l'avoir fait. Cette malade a engraissé encore depuis l'opération.

Le retard apporté à son opération par les injections de M. Wlaeff, loin de lui avoir nui, lui a été plutôt profitable.

Rapport.

Observations de chirurgie, par le médecin principal DUBUJADOUX,

rapport par M. CHAUVEL.

Les observations de M. le Dr Dubujadoux, dont vous avez bien voulu me confier l'examen, demandent à être présentées séparément.

I. *Résection totale du péroné.* — Il serait plus exact de dire : *résection totale du corps du péroné*, les extrémités articulaires de l'os n'ayant pas été enlevées. Un tirailleur algérien de vingt-deux ans, malade depuis plusieurs mois, présentant de multiples fistules le long de la jambe droite, entre, en décembre 1898, à l'hôpital militaire de Blidah. L'examen montre que le péroné droit est mortifié ou malade dans la plus grande partie de son étendue, et notre collègue est conduit à en pratiquer l'extirpation. Il arrive, sans difficultés, par le procédé d'Ollier-Larghi, à dénuder et à extraire d'abord la moitié supérieure, puis la moitié pédieuse du cylindre osseux, ne conservant que le gros de la malléole externe en bas, et en haut la tête largement évidée avec l'insertion du muscle biceps. Encore, au bout de quelques semaines, la persistance d'une fistule l'oblige-t-elle à creuser à nouveau cette tête, n'épargnant que ses lames superficielles avec les attaches tendineuses.

Malgré cet énorme délabrement, la guérison est rapide, sans fièvre. Au bout de trois mois, le tirailleur M... se lève, marche toute la journée, monte et descend les escaliers, se tient debout sur la jambe opérée. Cependant, la malléole externe seule, dit M. Dubujadoux, s'est complètement reproduite, la tête du péroné est réduite à une épine osseuse oblique en haut et en arrière ; entre les deux, il n'existe aucun vestige d'ossification.

Il me semble, en examinant les photographies jointes à l'observation, que, si la totalité du corps de l'os a bien été enlevée, il n'en est pas de même de la malléole. Celle-ci n'a donc pas eu à se reproduire; au reste, la jointure tibio-tarsienne ne semble pas avoir été ouverte et j'en félicite notre collègue aussi bien que son malade. En somme, le résultat fonctionnel est très satisfaisant.

La description donnée par M. Dubujadoux du cylindre osseux extirpé ne nous renseigne pas avec précision sur la nature du processus cause de la mortification du péroné. Ce point reste obscur dans son intéressante observation.

II. *Luxation du genou en dedans avec arrachement de l'apophyse styloïde du péroné et rupture du nerf sciatique poplité externe.* — Dans un exercice de sauts, un tirailleur algérien tombe et se luxe le genou droit en dedans. Le médecin du régiment réduit immédiatement ; il a constaté avant le replacement que le condyle interne du fémur appuyait encore sur le plateau externe du tibia. Examinant le blessé, M. Dubujadoux reconnaît que le péroné est décapité, que son apophyse, entraînée par le tendon bicipital, est remontée à deux travers de doigt plus haut, qu'enfin, il existe une insensibilité complète et une impotence absolue des parties innervées par le sciatique poplité externe.

Le lendemain, par une incision latérale externe, il met à jour, dans un foyer sanguin assez considérable, la pointe styloïde du péroné. Un fil d'argent traverse le tendon du biceps et permet, sans trop de violence, de ramener au contact de la diaphyse perforée le fragment arraché. Quelques points de suture ferment le périoste et la capsule articulaire déchirée.

Mais, complication imprévue, on trouve le nerf sciatique poplité externe qui s'est rompu à 12 centimètres au-dessus du col du péroné, replié, et comme enroulé contre la tête de cet os. Que faire ? M. Dubujadoux se décide immédiatement à tenter de le ramener au contact du bout supérieur, et pour cela, avant de fermer la plaie latérale externe, il repousse le bout inférieur dans son canal vers le creux poplité où il se propose de le reprendre.

Une incision de 15 centimètres, verticale, suivant la bissectrice du losange, conduit sur le tronc du nerf sciatique poplité interne, mais le fragment inférieur du poplité externe s'est déjà recroquevillé sous la tête du péroné, il faut rouvrir la plaie externe pour le refouler de nouveau avec le doigt vers la partie supérieure. Une anse de fil y assure son maintien. Impossible, cependant, de trouver le bout supérieur du nerf rompu, si haut qu'on remonte dans la cuisse. Craignant, en poursuivant ces recherches, de pro-

duire des délabrements considérables pour n'aboutir qu'à constater l'impossibilité de la coaptation, notre collègue recourt à une *inclusion latérale.* Il ouvre prudemment la gaine du sciatique poplité interne, il en écarte doucement les faisceaux, et couchant dans la fossette ainsi préparée l'extrémité effilochée du nerf rompu, il ferme le névrilemme et fixe les deux troncs nerveux par une suture très fine à la soie.

Les suites de l'opération furent très favorables en tant que réunion de l'apophyse styloïde au corps du péroné; il n'en fut pas de même pour la suture nerveuse, malgré l'emploi prolongé des bains, du massage, de l'électricité. Revu après quatre et six mois, le tirailleur L... marchait facilement et sans aucun soutien, mais le bout du pied traînait légèrement, son bord externe ne se relevait qu'incomplètement, et, si l'on ne constatait aucun trouble trophique notable des parties, il persistait sur le dos du pied une zone d'anesthésie absolue.

Comme le dit justement M. Dubujadoux, l'inclusion du bout nerveux déchiré n'a pas favorisé le rétablissement de ses fonctions, et, si la sensibilité cutanée a reparu sur quelques points, c'est évidemment une *sensibilité récurrente.* Toutefois, l'absence des troubles de nutrition observés dans des cas analogues, alors que la suture nerveuse n'avait pas été tentée, plaide dans l'esprit de notre confrère en faveur de l'inclusion latérale qu'il a pratiquée.

III. *Deux cures de hernies inguinales volumineuses.* — La particularité de ces hernies, c'est que toutes deux contenaient, avec l'intestin grêle, l'appendice, le cæcum et une partie du côlon ascendant. Sur 317 hernies opérées, M. Dubujadoux n'a rencontré cette disposition que dans ces deux cas. Le premier concernait un enfant de trente mois, le second un homme de quarante-cinq ans. Chez ce dernier, le sac communiquait avec la vaginale. « Il n'existait pas de collet; le léger froncement transversal de la séreuse qui le représentait se perdait de suite sur le côté. Le cæcum était pourtant coiffé de sa séreuse; les adhérences charnues ne commençaient qu'au niveau du côlon ascendant et la démarcation était bien nette de la hernie intrapéritonéale à la hernie du côlon, dont la majeure partie faisait tumeur scrotale intracellulaire. »

J'emprunte cette description à l'auteur. Il avoue du reste franchement que, chez l'enfant, la présence du côlon dans la hernie fut pour lui une surprise opératoire. Chez le second opéré, au contraire, il avait prévu cette complication. On y devra toujours songer, dit M. Dubujadoux, « lorsque la hernie siégeant à droite

sera volumineuse, partiellement irréductible, que le résidu irréductible siégera en haut, à l'arrière d'un orifice large, et surtout lorsque ce résidu, sonore, donnera au toucher la sensation d'une masse molle, contenant plus en arrière encore de petits noyaux arrondis (ganglions péri-cæcaux). »

Ces ganglions n'ayant été rencontrés par notre collègue que dans un cas sur deux, la valeur de ce signe ne paraît pas bien démontrée.

Que faire en présence d'une semblable disposition? M. Dubujadoux avoue n'avoir pas été sans embarras chez son premier patient. La cure opératoire cependant n'a rien de compliqué, mais elle ne peut, dit-il, être rapidement menée à bien si l'on ne commence par décoller et réduire le gros intestin.

Un simple coup d'œil sur le schéma ci-joint montre qu'il est impossible de réduire complètement l'intestin grêle dans l'abdomen, tant que le gros intestin A reste fixé au scrotum; de même le côlon A ne peut regagner la fosse iliaque tant que le sac herniaire ne sera pas libéré de ses adhérences aux tuniques scrotales.

Il est donc indiqué de désinsérer d'abord le sac. On détache le côlon en s'aidant du doigt, qui le repousse le long du scrotum et le refoule lentement jusque dans la fosse iliaque. Quand le côlon a repris sa place, la réduction de l'intestin grêle devient aisée et l'opération se termine comme dans les cas ordinaires. Les deux opérés de M. Dubujadoux ont rapidement guéri et, revus au bout de six mois, ils ne présentaient aucune trace de récidive, bien qu'ayant abandonné tout bandage.

Je n'ai pas personnellement une grande expérience des cures de hernies; je ne puis dire si les faits relatés par notre confrère de l'armée sont aussi rares qu'il semble le croire. Beaucoup d'entre nous qui comptent leurs opérations par centaines, sinon par milliers, peuvent mieux que moi répondre aux réflexions de l'auteur.

M. le médecin principal Dubujadoux est, par sa pratique habile et rationnelle, un des chirurgiens qui font honneur au corps de santé de l'armée. Il est de cette phalange de travailleurs qui aspirent à faire partie de notre Société. Ses envois sont nombreux, sa candidature déjà ancienne, ses titres sont des plus sérieux et je vous demande de vouloir bien l'inscrire dans un rang élevé sur la liste des postulants aux places de membre correspondant national.

M. Poirier. — M'est avis que l'opérateur eût mieux fait, dans sa première opération, de découvrir le sciatique, qui n'est pas

bien loin du creux poplité, et de prendre ainsi à sa source le bout central du sciatique poplité externe.

M. MONOD. — Dans un cas récent de hernie volumineuse irréductible, j'ai trouvé l'S iliaque, le côlon et même une partie de l'intestin grêle. Comme j'avais beaucoup de difficulté à réduire, j'ai fait une véritable laparotomie en prolongeant mon incision sur la paroi abdominale, et la réduction s'est faite aisément.

Je ne crois pas nécessaire, en pareil cas, d'avoir recours à une technique spéciale, il suffit de faire une incision suffisamment grande.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Dans plusieurs cas de ce genre, j'ai fait une fente complète de la paroi abdominale suivant ma méthode habituelle, et je n'ai pas eu de difficultés de réduction.

La difficulté commence dans les actes terminaux de la cure radicale, car il est malaisé de maintenir l'intestin réduit. C'est en effet dans ces cas que les récidives sont à craindre, et je ferai remarquer à M. Chauvel que le malade dont il nous a parlé, n'étant opéré que depuis six mois, nous ne pouvons le considérer comme radicalement guéri, car les récidives se produisent souvent après ce laps de temps.

Le diagnostic *pré-opératoire* de ces cas complexes n'est guère possible. Cependant, il m'a été donné dans quelques circonstances de sentir sous mes doigts l'appendice et de pouvoir diagnostiquer ainsi la présence du cæcum. En dehors de ces circonstances, on peut supposer la hernie du gros intestin, mais rien ne permet d'en établir le diagnostic ni à droite pour la hernie cæcale, ni à gauche.

M. BERGER. — Les hernies par glissement du cæcum sont plus rares que les hernies par glissement de l'S iliaque. Si on trouve dans le scrotum gauche une grosse hernie, difficilement réductible et surtout difficile à maintenir réduite, on peut soupçonner cette variété de hernie.

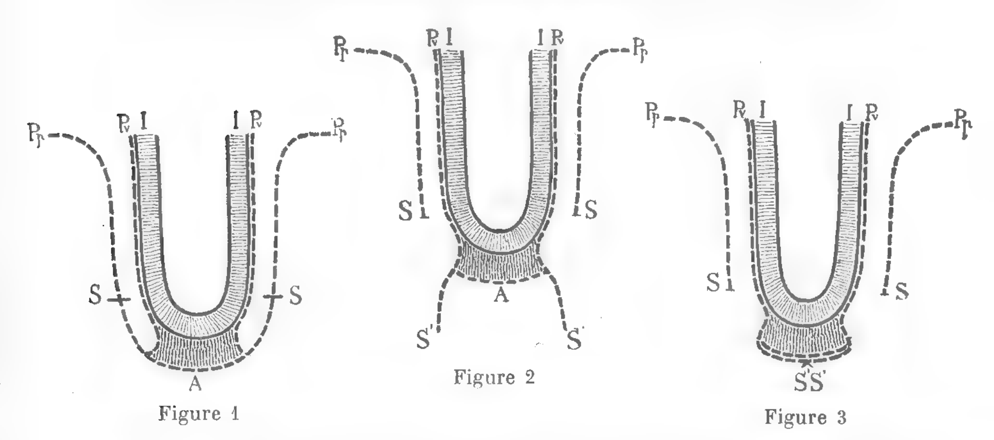
Dans les cas rares où j'ai eu affaire à une hernie du cæcum j'ai pu le réduire facilement dans l'abdomen. Les difficultés de réduction sont plus grandes lorsqu'il s'agit de l'S iliaque. On arrive cependant toujours à refouler l'intestin adhérant avec le sac, mais la réfection de la paroi abdominale est souvent insuffisante dans cette variété de hernies et la récidive est toujours à craindre. Le péritoine est lâche; l'intestin presse constamment sur la ligne de réunion; ainsi s'effectue la récidive.

La résection large du péritoine est parfois dangereuse, et en

pareil cas je proposerais une longue incision de la paroi abdominale et ferais une colopexie.

M. Tuffier. — Je veux profiter de cette discussion sur les difficultés de réduction que présentent les *hernies adhérentes* pendant la cure radicale, pour vous décrire et vous proposer le procédé opératoire que j'ai employé plusieurs fois dans ces cas.

Les *adhérences de l'intestin au sac* sont de deux ordres : 1° les adhérences par *glissement*, celles que Scarpa appelait les adhé-



A. Adhérences; Pv. Péritoine viscéral; Pp. Péritoine pariétal; I. Intestin; S. Point où porte la section du sac; S'. Péritoine sectionné; S'S'. Suture des lambeaux péritonéaux.

rences charnues naturelles, celles que viennent d'étudier nos collègues; 2° les adhérences par *inflammation* entre le sac et l'intestin, adhérences *péritonéales*, adhérences artificielles de Scarpa. Ces dernières sont les seules que je veux envisager.

Pendant la cure radicale, le sac et l'orifice interne étant ouverts largement, comme cela s'impose, vous trouvez une anse intestinale adhérente sur une large surface en un point du sac; l'adhérence est ancienne et indécollable. En général, on dissèque l'adhérence après avoir incisé le péritoine tout autour de la partie adhérente, et on réduit l'anse libérée. Cette pratique est défectueuse, puisqu'elle réduit dans l'abdomen une surface intestinale cruentée et susceptible, comme telle, de prendre adhérence en un point quelconque.

Pour remédier à cet inconvénient, dans les cas où la surface adhérente est large, je pratique la *péritonisation des surfaces cruentées.* Au lieu de couper le péritoine directement autour de l'adhérence, je le sectionne à une certaine distance autour de cette adhérence (fig. 1); je laisse une véritable collerette péritonéale

autour de cette adhérence, collerette d'autant plus étendue que la partie adhérente est plus large; je libère ensuite collerette et adhérence, j'ai alors autour de l'adhérence libérée une zone de péritoine cruentée d'un côté, et séreuse de l'autre (fig. 2); je suture les bords cruentés de la collerette, qui ainsi recouvrent toute la surface intestinale qui correspondait à la partie adhérente (fig. 3), et l'anse se trouve parfaitement péritonisée de tous côtés. Je n'ai plus qu'à la réduire comme je le ferais d'une anse normale et à terminer ma cure radicale suivant mon procédé habituel. Le *restitutio ad integrum* est vraiment alors parfait. J'ai employé pour la première fois ce procédé en 1896 à la Pitié, et il m'a toujours donné de très bons résultats.

Présentations de pièces.

Extirpation abdomino-périnéale d'un cancer du rectum.

M. Quénu. — Mon interne, M. Petit, vous a présenté en mon nom, il y a huit jours, une malade opérée depuis cinq semaines et entièrement guérie. Voici la pièce extirpée : la limite inférieure du cancer siège à 10 centimètres de l'anus; sa limite supérieure à plus de 15 centimètres.

Cette malade est la septième que nous opérons par voie abdomino-périnéale; sur sept opérations chez la femme, nous comptons une mort et six guérisons. Nous nous proposons de communiquer ultérieurement les résultats éloignés; nous avons en attendant le droit de considérer comme satisfaisants les résultats immédiats d'une opération qui, pour une lésion aussi grave, ne donne qu'une mortalité de 14,2 p. 100.

J'ajoute que cette bénignité opératoire est spéciale à la femme. Il est probable que les causes de la différence du pronostic opératoire sont multiples : l'opération est plus facile, et par la voie abdominale et par la voie périnéale; la réparation, la péritonisation des surfaces cruentées intra-pelviennes, en particulier, est grandement facilitée par la présence de l'utérus et des ligaments larges.

J'ai péritonisé le plus possible par la voie abdominale avant de refermer le ventre, puis, le rectum ayant été extirpé par voie périnéale, j'ai suturé au catgut le fond de l'utérus le plus près possible du promontoire, avec le tissu fibreux présacré et drainé au-dessous. La malade n'a éprouvé jusqu'ici aucun tiraillement, aucune douleur spéciale de ce chef.

Gants en caoutchouc pour opérations.

M. Quénu. — Je présente, au nom de M. Collin, un modèle de gant en caoutchouc modifié d'après mes indications et qui me paraît satisfaisant; il est un peu calqué sur les gants de Perthes, en ce sens que le tissu est très aminci au niveau des doigts, et que le pouce, contrairement à ce qui existait dans les gants jusqu'ici vendus en France, est rejeté en arrière sur le même plan que les autres doigts. Il y a cette différence que le tissu, au niveau de la main, est du caoutchouc au lieu d'être un tissu de jersey. J'ai pris soin, en outre, que le raccord entre les doigts et la main ne présente pas d'étranglement, ce qui a l'inconvénient de retenir l'eau à l'extrémité digitale si on use du subterfuge de remplir les gants de liquide pour faciliter leur introduction.

Les gants américains tout d'une pièce séduisent plus au premier abord, ils sont minces dans toute leur étendue, mais ils ne se mettent aisément que secs et les mains asséchées et couvertes de poudre de savon ou de toute autre. Il nous paraît plus pratique d'avoir des gants faciles à ganter pour des mains humides.

Je présente aussi ces deux modèles de doigtiers en caoutchouc faits d'après mes indications, pour des touchers dans lesquels on veut préserver la commissure digitale de toute souillure.

M. Guinard. — Dans les touchers rectaux ou vaginaux, je ne me trouve pas suffisamment protégé avec les doigtiers, et je mets un gant.

M. Bazy. — J'ai été frappé des paroles de M. Quénu, qui nous dit se contenter de faire bouillir ses gants pour les aseptiser, alors qu'il soutient que l'ébullition ne suffit pas pour l'asepsie.

M. Quénu. — Je n'emploie jamais d'autre moyen que l'ébullition, mais j'ai un double jeu de gants, gants pour les opérations septiques et gants pour les opérations aseptiques. Il est clair que les premiers doivent être plus complètement désinfectés et qu'une ébullition de trois à quatre minutes serait insuffisante.

J'ai essayé de l'autoclave, mais les gants s'altèrent très vite et ne peuvent servir qu'une ou deux fois.

M. Bazy. — J'apporterai à la prochaine séance la preuve de ce que j'avance, en citant les passages de la communication auxquels je fais allusion.

M. Poirier. — J'ai essayé les gants pour le toucher rectal et j'ai constaté que la sensibilité tactile était émoussée. Dans un cas récent, il m'est arrivé de reconnaître par le toucher une ulcération rectale que mon interne, ganté, ne pouvait sentir.

M. Quénu. — La discussion sur l'utilité ou l'inutilité des gants dans les opérations est close, et je vous présente un spécimen de gants, non pour ceux qui y sont opposés, mais pour ceux de mes collègues qui s'en servent.

M. Reynier. — Ces gants ont probablement l'inconvénient de se déchirer facilement. Je propose des mitaines en caoutchouc et des doigtiers indépendants. Cela coûtera meilleur marché et remplira le même but.

M. Quénu. — Vous parlez de gants que vous n'avez pas essayés. Essayez-les d'abord et vous jugerez ensuite.

Élection

D'UN MEMBRE HONORAIRE.

Nombre des votants : 27. — Majorité : 13.

M. Richelot obtient 27 voix.

En conséquence, M. Richelot est nommé membre honoraire de la Société de Chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Des lettres de MM. Walther, Beurnier et Quénu qui, retenus à la chambre par la grippe, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Herbet, qui remercie la Société de chirurgie de lui avoir décerné le prix Marjolin-Duval.

A propos de la correspondance.

M. G. Richelot dépose sur le bureau un travail de Mlle Rosenthal, docteur en médecine, sur le traitement du *rein flottant par le massage.*

Ce travail est renvoyé à une Commission : M. G. Richelot, rapporteur.

M. Ch. Monod dépose sur le bureau un travail de M. Ch. Martin, (d'Angers), intitulé : *Cathétérisme des artères dans les amputations pour gangrène par oblitération artérielle.*

Ce travail est renvoyé à une Commission : M. Ch. Monod, rapporteur.

Le président déclare la vacance d'une place de membre titulaire. Les candidats ont un mois pour produire leur lettre de candidature.

A l'occasion du procès-verbal.

L'asepsie par l'ébullition.

M. Bazy. — J'avais promis d'apporter la preuve que M. Quénu était d'avis que l'ébullition ne suffisait pas pour assurer l'asepsie.

Voici un premier passage, tiré de la discussion sur l'asepsie opératoire (1) :

« Sans doute, il convient de distinguer l'asepsie de laboratoire de l'asepsie chirurgicale, mais il faut les rapprocher et les confondre dans la mesure du possible.

« C'est le laboratoire qui nous a appris que les spores du tétanos résistent à une température de 110 degrés. »

Mais peut-être pourrait-on dire qu'il ne s'agit pas ici de l'asepsie des mains.

Voici un autre passage où cette asepsie des mains est directement visée (2) :

« Aucune notion n'importe donc plus que la virulence des germes et que la résistance de certains germes à la destruction; les spores du microbe du tétanos résistent à une température de 110 degrés et ne sont tués qu'à 113 degrés. Comment admettre que le savon, l'alcool et le permanganate vont les détruire ? »

Pour ce qui me concerne, je considère que l'ébullition suffisamment prolongée est un moyen pratique d'asepsie suffisante : si donc, j'ai fait cette remarque à la dernière séance, c'est pour montrer, passez-moi l'expression, l'exagération des arguments employés par notre collègue.

Au demeurant, je ferai cette simple réflexion, que l'emploi des gants ne dispense, en aucune façon, du lavage soigné et de l'aseptisation des mains. Un gant est si vite perforé!

Stérilisation des solutions de cocaïne.

M. Paul Reclus. — Dans une des précédentes séances, notre collègue, M. Tuffier, nous a présenté, au nom de M. Roux, de

(1) *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1900, page 450.
(2) *Id.*, page 969.

l'Institut Pasteur, un filtre pour la stérilisation des solutions de cocaïne. Depuis, dans un important article de la *Presse médicale*, il revient sur ce sujet et nous dit que comme cette stérilisation, sans altération des propriétés analgésiques de l'alcaloïde, est un des points les plus importants de la technique des injections rachidiennes, « il s'est attaché à supprimer cette difficulté ». Il me semble, Messieurs, que ce problème est résolu depuis près de quatre ans, et c'est ce point que je veux établir devant vous, non pour moi, qui n'ai que bien peu de chose à revendiquer, mais pour mon ancien interne, M. Hérissey, docteur de l'Université de Paris et préparateur à l'École de pharmacie.

Jusqu'en 1897, je ne stérilisais pas mes solutions de cocaïne : mon pharmacien se contentait de dissoudre le chlorhydrate dans de l'eau distillée et mon expérience quotidienne pendant dix ans m'avait prouvé l'innocuité de cette pratique. J'avais même soupçonné les propriétés antiseptiques de l'alcaloïde et une série d'expériences démonstratives avaient été faites sur ce point. Néanmoins, comme l'École de Lyon persistait à déclarer que nos solutions pouvaient inoculer les tissus et provoquer des phlegmasies, je désirais enlever cet argument aux détracteurs de l'analgésie locale, et M. Hérissey commença ses expériences.

M. Hérissey établit d'abord que le pouvoir rotatoire de la cocaïne était non de 52, comme le déclarait faussement le Codex, mais de 72. Puis il montra que des solutions de cocaïne à 1 et 2 p. 100 contenues dans des tubes scellés pouvaient être maintenues plus de deux heures dans de l'eau bouillante sans être décomposées; il en donna la preuve absolue en faisant voir que le pouvoir rotatoire de la solution est identique avant et après l'immersion dans l'eau bouillante. De mon côté, avec ces tubes stérilisés, je commençais une série d'expériences sur des malades porteurs d'affections bilatérales, double hernie, double hydrocèle, paquets variqueux des deux jambes; j'injectais d'un côté de la cocaïne non stérilisée, de l'autre de la cocaïne stérilisée, et, des deux côtés, le résultat était le même : l'insensibilité totale des tissus.

Mais on pouvait nous objecter que nos solutions, portées à 100 degrés, pouvaient ne pas être mathématiquement stériles. M. Hérissey les mit alors dans l'autoclave à 115 et 120 degrés, et, ici encore, avant et après, le pouvoir rotatoire fut identique et mes opérations comparatives donnèrent les mêmes excellents résultats. Nous pûmes aussi constater l'inaltérabilité des solutions stérilisées et, dans le mois de juin 1900, j'ai pratiqué une cure radicale de hernie avec une solution de cocaïne stérilisée en tubes scellés depuis plus de vingt mois. Hier même, à l'occasion de ma communication actuelle, j'ai fait une opération assez importante

avec de la cocaïne dont la stérilisation remontait à trente mois : l'analgésie a été complète.

Les premières recherches de M. Hérissey se trouvent consignées dans le *Journal de Pharmacie* du 15 janvier 1898; les secondes, celles relatives à la stérilisation par l'autoclave, n'ont pas été publiées par lui-même, mais on peut en lire le résultat dans la thèse de mon élève Legrand sur l'*anesthésie locale en chirurgie générale*. Moi-même, j'ai inséré, à ce sujet, une courte note dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, avant qu'aient paru les recherches de MM. Tuffier et Arnaud. Les droits de M. Hérissey sont donc incontestables. Comme je sais l'esprit de justice de M. Tuffier, je sais qu'il se joindra à moi pour empêcher qu'on ne frustre M. Hérissey de sa propriété légitime : la stérilisation à l'autoclave des solutions de chlorhydrate de cocaïne.

Cure radicale des hernies du gros intestin.

M. Schwartz. — La discussion qui a eu lieu dans la dernière séance sur la difficulté de la cure des hernies du gros intestin, avec ou sans adhérences, m'incite à vous parler du procédé de cure radicale par myoplastie dont je me sers depuis 1893 et qui, précisément dans ces cas de parois faibles, éventrées, avec des orifices considérables, m'a permis d'arriver à de très bons résultats.

Je vous rappellerai sommairement ma manière de faire que j'ai exposée dans une communication au Congrès de chirurgie dernier, sur les résultats éloignés de la myoplastie, qu'un de mes excellents élèves, le Dr Bufnoir, a reprise dans sa thèse inaugurale datant de décembre 1900.

Il consiste, pour les hernies inguinales, après avoir lié et réséqué le sac comme d'habitude, à ouvrir la gaine du droit antérieur de l'abdomen après avoir libéré en dedans le pilier interne de l'anneau inguinal. On taille dans la partie antérieure, inférieure et externe du muscle plutôt avec la sonde cannelée, puis le doigt, un lambeau musculaire à pédicule inférieur qu'on coupe en haut au-dessous d'une pince longuette remplacée par une ligature; le lambeau, qui doit être assez épais (la moitié de l'épaisseur du muscle), large de 3 à 4 centimètres au moins et long de 8 à 10 centimètres, est passé dans une boutonnière que l'on fait au-dessous du pilier interne, de façon à le faire sortir de la gaine du grand droit et à l'amener dans la région du trajet inguinal. La gaine du grand droit est refermée par quelques points de suture.

Le lambeau musculaire est suturé en haut du bord inférieur du petit oblique et du transverse, en bas à l'arcade crurale.

Puis les piliers sont réunis par une suture, comme d'habitude. De la sorte, la paroi abdominale musculaire est prolongée en bas par le lambeau du grand droit qui la renforce et ferme la brèche produite par la hernie.

Les hernies du gros intestin, du cæcum, mais surtout de l'S iliaque, s'accompagnent fréquemment d'un vrai glissement du péritoine de la fosse iliaque et du méso. Des adhérences peuvent s'être établies dans le scrotum, telles qu'il est impossible de les détacher, à moins de nuire à la vitalité de l'intestin. C'est dans ces cas que l'on a eu l'idée de réséquer le gros intestin, de faire une entérorraphie et de réduire alors facilement, tout ce qui était dehors étant préalablement enlevé.

J'ai eu l'occasion de me trouver une fois en face de pareilles difficultés. La résection a dû porter sur 30 centimètres du gros intestin, S iliaque et côlon. J'ai appliqué le bouton de Murphy pour finir plus vite, mon opéré étant peu résistant. Malgré tout, il a succombé, et cela par suite d'accidents de sphacèle survenu au niveau du bouton.

Lorsque le péritoine se laisse réduire avec l'anse intestinale, que tout a pu rentrer, c'est alors que le procédé myoplastique, en renforçant largement la paroi, permet une cure radicale efficace, sans qu'il soit besoin de faire une colopexie quelconque.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater la bonté du procédé et nous ne pouvons que le prôner dans des circonstances analogues. Nous avons revu, en effet, 10 opérés sur 60, soit 1 sur 6, au bout de laps de temps variant de deux à sept ans, et nous avons pu constater la solidité de la guérison, malgré des parois abdominales largement ouvertes et pour lesquelles les procédés ordinaires n'eussent certainement rien donné de bon.

M. Guinard. — Au moment où M. Schwartz donna la technique de ce procédé de myoplastie abdominale, je crus pouvoir le mettre en pratique à l'occasion d'une énorme hernie, sur un malade dont la paroi abdominale était remarquablement faible. Je crus suivre les préceptes de M. Schwartz, et je dois dire que le résultat fut désastreux : tout mon lambeau musculaire s'en alla en sphacèle aseptique, et je dus ultérieurement faire une opération nouvelle pour parer à une énorme éventration.

Il est clair que j'ai commis là une faute opératoire et que l'insuccès est dû à l'opérateur et non à la méthode. Je n'avais sans doute pas gardé à mon lambeau musculaire un pédicule de largeur suffisante; ce que j'en dis n'est donc pas pour déconseiller cette

opération que je persiste à croire bonne pour certains cas; mais j'ai pensé qu'il est bon de mettre en garde contre l'accident opératoire signalé plus haut. Avec cette réserve, je crois que l'opération de M. Schwartz peut rendre de grands services.

M. Schwartz. — Je ne dirai qu'un mot à propos de l'observation de M. Guinard. J'ai fait soixante-dix fois cette opération, et vous trouverez tous ces cas publiés dans la thèse de Bufnoir (décembre 1900), avec les temps et les détails de l'acte opératoire. Malgré ce grand nombre de faits, je n'ai jamais observé un seul accident et je pense que la méthode que je propose ne doit pas être rendue responsable des complications gangreneuses signalées par M. Guinard.

Sur la technique et les résultats de l'extirpation du rectum cancéreux, à propos de la communication de M. le Dr Quénu sur l'extirpation du rectum par la voie abdomino-périnéale.

M. Berger. — Dans la dernière séance, M. Quénu insistait sur le très beau succès que vient de lui donner encore, chez une de ses malades, l'extirpation d'un cancer du rectum par la voie abdominale combiné à la voie périnéale. Je saisis cette occasion pour vous dire que j'ai revu il y a peu de jours la malade sur laquelle M. Quénu et moi nous avons pratiqué cette opération, le 23 juillet 1897, et dont l'observation a été communiquée au Congrès de chirurgie dans la séance du 22 octobre de la même année. Elle est en parfait état de santé actuellement, elle a de l'embonpoint; son anus artificiel sous-ombilical médian (nous avions pratiqué une laparotomie médiane et fixé le bout supérieur de l'anse oméga dans la plaie) fonctionne très bien et elle ne se plaint de troubles d'aucune espèce. Il est vrai, je me hâte de l'ajouter, que c'est par le fait d'une erreur de diagnostic que nous avions eu recours à une opération aussi étendue, erreur inévitable d'ailleurs et partagée par tous ceux qui avaient examiné cette malade. Il ne s'agissait pas d'un cancer, mais d'un rétrécissement inflammatoire très élevé et compliqué d'un épaississement énorme des tissus para-rectaux, épaississement qui ne pouvait pas ne pas en imposer pour une tumeur.

L'opération a donc réussi, mais elle n'était pas proportionnée au but à remplir et l'extirpation périnéale du rectum, sans section abdominale, aurait pu rendre les mêmes services. Dans ce cas, la constitution d'un anus iliaque définitif eût été d'ailleurs inévitable, en raison de l'étendue des lésions et de la longueur d'intestin à enlever.

Mais l'extirpation périnéale du rectum peut suffire même dans les cas de cancer remontant très haut; je viens d'en avoir un nouvel exemple qui va me permettre d'insister sur quelques points de la technique de cette opération.

Il s'agit d'une femme de cinquante-neuf ans, qui depuis trois à quatre ans souffrait d'un cancer du rectum, sans phénomènes de sténose notables, mais ayant déterminé par les douleurs et les pertes de sang un état apparent de cachexie. L'ulcération épithéliale occupant principalement la moitié gauche de l'organe, était néanmoins circulaire dans une bonne partie de son étendue; elle commençait immédiatement au-dessus du sphincter externe pour se terminer aux extrêmes limites données par le toucher (12 centimètres environ) par un rebord saillant très nettement arrêté et formant un bourrelet très dur. Le rectum ne semblait pas adhérent; en avant il paraissait indépendant du vagin et de l'utérus. Il y avait un gros ganglion engorgé dans la concavité du sacrum. La conservation de la portion anale étant impossible, je me décidai à recourir à l'extirpation par la voie périnéale.

Un anus iliaque fut constitué le 29 décembre 1900 par la méthode de Reclus; l'intestin ne fut ouvert que le 5e jour (1). Quelques jours après, le nettoyage du bout inférieur fut entrepris et continué par des irrigations faites deux fois par jour avec de l'eau oxygénée dans ce bout par l'orifice iliaque. Sous l'influence de ces lavages, les douleurs disparurent et l'état général s'améliora rapidement.

Je pratiquai l'extirpation du rectum par voie périnéale le 27 janvier 1901, avec l'assistance de mon collègue M. Rochard. Je reviendrai tout à l'heure sur les détails qui concernent le manuel opératoire que j'ai suivi; je me borne à dire que l'opération se fit sans aucune perte de sang, tous les vaisseaux étant saisis à mesure qu'on les divisait, ou même, comme les hémorroïdales moyennes et supérieures, assurés par des pinces avant d'être intéressés. Le cul-de-sac péritonéal ouvert, deux pinces furent mises successivement de chaque côté sur les feuillets droit et gauche du méso-côlon iliaque, et la partie terminale de l'anse

(1) L'anus iliaque avait été fait avec la modification apportée par M. Hartmann à la méthode Maydl-Reclus. On sait que M. Hartmann a conseillé de suivre une pratique analogue à celle qu'a indiquée Mac Burney pour l'incision dans les appendicites, en passant entre les faisceaux des muscles grand oblique et petit oblique que l'on dissocie sans les couper, en les rétractant perpendiculairement à leur direction au moyen d'écarteurs. Dans le cas présent, la conservation des muscles semble avoir eu pour effet de rendre tout d'abord plus difficiles les évacuations du bout supérieur, mais celles-ci se sont régularisées après l'administration d'un purgatif, et le fonctionnement de l'anus iliaque n'a rien laissé à désirer.

sigmoïde fut attirée jusqu'à l'extérieur. Il faut noter avec soin auparavant que, pendant que je décollais le vagin, ce qui fut assez difficile en raison d'une adhérence que le cancer avait déjà contractée avec sa paroi, la paroi rectale antérieure se rompit en un point qui fut aussitôt saisi par une pince de Kocher, de telle sorte que la perforation put être immédiatement oblitérée et qu'il n'y eut pas de contamination de la plaie par les liquides renfermés dans l'intestin.

Les pinces placées sur les feuillets mésocoliques ayant été remplacées par des ligatures, le péritoine fut fermé par une série de sutures unissant le rectum à la face postérieure de l'utérus et aux ligaments larges; les plans musculaires profonds furent aussi réunis par quelques anses de catgut, et la plaie, étant soigneusement tamponnée, le rectum fut fendu dans toute sa hauteur jusqu'au-dessus des limites de la tumeur; son contenu fut évacué et sa face intérieure lavée au moyen d'une grande irrigation à l'eau oxygénée faite par l'anus iliaque. Ce fut alors qu'au lieu de réséquer circulairement le rectum en faisant l'hémostase et en fixant la circonférence de sa surface de section aux bords de l'incision périnéale, je pris le parti de l'étreindre au moyen d'une ligature élastique aussi serrée que possible et de le réséquer au-dessous de ce point en traversant le moignon rectal avec une broche, au-dessous de cette ligature, pour l'empêcher de remonter dans les profondeurs de l'excavation pelvienne. Quatorze centimètres d'intestin furent ainsi enlevés; la surface de section, portant à 2 centimètres au-dessus du point le plus élevé du bourrelet cancéreux, était tout à fait saine. En outre, la ligature élastique étreignait l'intestin plus de 4 centimètres au-dessus de la section. Les ganglions constatés par le toucher dans la concavité du sacrum avaient été extirpés avec la tumeur.

Le but que je me proposais par cette modification du manuel opératoire fut atteint : l'infection septique de la plaie périnéale put être, sinon complètement évitée, du moins considérablement atténuée; il n'y eut à peine de suppuration; aucune élévation de température, aucun phénomène de septicité même légère ne se montra; l'état général resta parfait, et quand la ligature posée sur l'intestin se détacha le douzième jour en tombant avec la partie terminale de l'anse sigmoïde qu'elle étreignait, on put constater que l'orifice de section de l'intestin restait en place et n'avait aucune tendance à remonter vers la profondeur, qu'il était large et spacieux et qu'il laissait très librement écouler l'eau des lavages faits par le bout inférieur de l'anus contre nature.

Cette modification du procédé d'extirpation du rectum par la voie périnéale me paraît avoir quelques avantages; dans les cas

surtout où l'on renonce à fermer l'anus iliaque, préalablement établi, et à laisser les évacuations se faire par l'anus périnéal. On sait d'ailleurs que, à part les cas où la portion sphinctérienne de l'intestin peut être conservée, il n'y a aucun avantage à remplacer un anus iliaque par un anus périnéal incontinent. La ligature élastique substituée à la suture immédiate de la circonférence de la section de l'intestin aux lèvres de la plaie périnéale a sur celle-ci les avantages suivants : elle raccourcit notablement l'opération en supprimant le temps, nécessairement fort long, de la fixation par suture de la circonférence de section du rectum à la peau, précédée de l'hémostase minutieuse de cette section; elle assure d'une manière permanente la protection de la plaie périnéale contre les infections venant de la cavité intestinale; au moment où la ligature se détache, ce qui reste de cette plaie est en effet protégé très suffisamment par les bourgeons charnus qui la recouvrent.

Sans proposer d'appliquer ce procédé à tous les cas, je conseillerai donc d'y avoir recours quand on renonce définitivement à rétablir le cours des matières dans le segment inférieur de l'intestin ; j'ajoute qu'au lieu de fixer le moignon intestinal avec une broche pour l'empêcher de remonter, on pourrait réunir par quelques points de suture au catgut les tissus para-rectaux et la musculeuse même de l'intestin à la peau au-dessus de la ligature élastique.

J'ai également adopté et mis à exécution une autre modification du procédé opératoire de l'extirpation périnéale du rectum tel qu'il a été réglé par MM. Quénu et Hartmann dans leur ouvrage. Ce procédé en effet y est étudié et décrit de main de maître; il est d'une sécurité, d'une précision anatomique merveilleuses, et il n'y a presque rien à y changer. Voici cependant ce que m'ont appris à cet égard mes opérations sur le vivant et mes recherches sur le cadavre : la clef de l'opération est dans l'extirpation du coccyx; cet acte permet en effet de pénétrer librement et aussi loin que possible avec toute la main dans l'espace décollable postérieur en suivant la concavité du sacrum, de juger directement de la mobilité, de l'étendue d'envahissement de l'intestin, de la présence des engorgements ganglionnaires, et par conséquent de régler sur ces données le reste de l'opération. On pourrait même, si les circonstances l'exigeaient, substituer à ce moment encore soit la voie sacrée, soit la voie mixte, abdomino-périnéale ou sacrée, à l'extirpation par le périnée, car jusqu'alors l'opération est restée complètement aseptique. Mais surtout la pénétration par la voie postérieure permet d'aborder de la manière la plus facile et la plus sûre la libération des plans latéraux de l'intestin, la section des muscles releveurs de l'anus que l'on charge sur le doigt d'arrière en avant et

que l'on divise à bon escient, en les voyant, ainsi que les aponévroses latérales du rectum, aponévroses sacro-recto-génitales, qui fixent cet organe et l'empêchent de descendre et dont la section permet aussitôt la libération complète de l'intestin sur ses faces droite et gauche.

Voici donc en quels temps je propose de régler l'extirpation du rectum par la voie périnéale :

1° Suture en bourse de l'orifice anal, et désinfection de la marge de l'anus par cautérisation.

2° Incision cutanée circulaire circonscrivant l'anus et se continuant en arrière avec une queue de raquette remontant sur la ligne médiane jusqu'à la base du coccyx; division des plans superficiels en avant, sur les côtés et en arrière; pénétration large à droite et gauche dans les fosses ischio-rectales.

3° Excision du coccyx, pénétration dans l'espace décollable postérieur, isolement du rectum en arrière le plus haut possible.

4° En ramenant le doigt de haut en bas et d'arrière en avant de chaque côté du rectum, reconnaître et diviser le releveur de l'anus jusqu'à ses faisceaux antérieurs, l'aponévrose supérieure du périnée, les aponévroses latérales (sacro-recto-génitales).

5° Pénétrer entre les faisceaux antérieurs du releveur sur la ligne médiane, pénétrer dans l'espace décollable antérieur, diviser les faisceaux antérieurs du releveur en liant les hémorroïdales moyennes qui les traversent; achever le décollement du rectum en avant et sur les côtés; ouvrir le cul-de-sac de Douglas.

6° Sectionner, après les avoir saisis le plus haut possible, les deux feuillets, droit et gauche, du méso-côlon; attirer l'intestin le plus bas possible, sa partie saine jusqu'au dehors de la plaie.

7° Fermer la plaie péritonéale en réunissant par des sutures séro-séreuses les faces antérieure et latérales du rectum à la face postérieure de l'utérus et aux ligaments larges; réunir les plans musculaires profonds: réunir une bonne partie de la plaie périnéale en avant et en arrière du rectum, tamponner le reste.

8° Ouvrir le rectum dans toute sa hauteur, le laver par irrigations (par le bout inférieur de l'anus iliaque); l'étreindre par une ligature élastique bien au-dessus des limites du mal; le sectionner au-dessous de cette ligature; réunir les couches extérieures de l'intestin à la peau, au-dessus de la section ainsi faite; faire le pansement.

Rapport.

M. Nélaton fait un rapport oral sur deux observations de M. Bouglé. Il propose la publication intégrale de ces observations dans nos bulletins.

1° *Fistule du canal de Sténon traitée par l'abouchement direct à la muqueuse buccale.* 2° *Greffe autochtone des tendons extenseurs du pouce,*

par M. J. BOUGLÉ.

J'ai l'honneur de présenter à la Société deux observations ayant trait, l'une à un abouchement du canal de Sténon à la muqueuse buccale pour guérir une fistule de la joue, l'autre à une double greffe tendineuse.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de vingt et un ans, Auguste C..., entré le 4 septembre 1900 à la Salpêtrière, dans le service de M. Segond, que j'avais l'honneur de remplacer. En dehors de l'affection tout accidentelle pour laquelle il vint consulter, on ne relève rien d'intéressant dans les antécédents de cet homme, qui a toujours joui d'une bonne santé. A l'âge de huit ans, il y a par conséquent quatorze ans, il a reçu un coup de fourche à la joue gauche. La plaie, verticale, longue de plusieurs centimètres, a suppuré pendant quelques temps ; puis elle s'est cicatrisée, sauf en un point qui, depuis, est toujours resté fistuleux.

A l'examen de la joue, on constate, à 4 centimètres de la commissure des lèvres, sur une ligne menée de cette commissure au tragus, un orifice par lequel sourd constamment un liquide clair. Le pourtour de l'orifice, de niveau avec les téguments, a une coloration rouge. On y introduit facilement l'extrémité renflée d'un sylet de trousse, et, cette exploration ne provoquant aucune douleur, on peut, pénétrant davantage, se diriger vers la région parotidienne.

L'écoulement est continu, avons-nous dit, mais le malade a remarqué qu'il augmente beaucoup au moment des repas.

Il est évident qu'il s'agit d'une fistule du canal de Sténon ; l'orifice est trop éloigné de la parotide pour qu'on puisse songer à une fistule de la glande, même dans sa portion accessoire. L'histoire du malade est facile à reconstituer. Le canal de Sténon a été blessé par un des coins de la fourche, et il s'est établi spontanément un abouchement cutané de ce conduit. En même temps, l'orifice buccal s'est fermé ; par l'exploration externe, on ne rencontre aucun prolongement se dirigeant vers la bouche et, de même, l'examen direct et l'exploration au stylet du vestibule ne permettent de constater aucun orifice.

Ce malade fut conduit à l'École de médecine, dans le laboratoire de physiologie, dans le but de recueillir le liquide de la fistule et d'en examiner les propriétés physiques et chimiques. Malheureusement, c'était l'époque des vacances, et nous trouvâmes porte close. Il était d'autant plus fâcheux de ne pouvoir faire cette étude, que le liquide était parfaitement clair et limpide. Il n'existait aucun gonflement de la parotide, aucun signe devant faire admettre un certain degré de rétention et, par suite, une infection secondaire de la glande.

Le malade fut opéré le 24 septembre. Incision sur la joue, de 4 centimètres, parallèle au trajet du canal de Sténon. Le conduit est d'abord isolé au niveau de son abouchement cutané, puis disséqué sur une longueur de 2 centimètres environ, en se guidant sur un stylet introduit dans sa lumière. Au cours de cette dissection, je rencontre du tissu cicatriciel et, à la face profonde du conduit, une petite incrustation calcaire sans doute d'origine salivaire. Le calibre du canal de Sténon est régulier, il n'existe aucune dilatation. Lorsque je pensai l'avoir suffisamment libéré, à l'aide d'aiguilles courbes très fines, je plaçai trois anses de fils de lin non perforants dans l'épaisseur de ses parois, tout au voisinage de son extrémité libre. Après quelques tâtonnements pour déterminer le point d'abouchement le plus favorable, je traversai le buccinateur et la muqueuse buccale à l'aide d'un trocart, et le canal de Sténon fut introduit dans ce trajet. Finalement, les trois anses de fils furent fixées par la bouche, et, pour éviter toute atrésie du nouvel orifice, je suturai par trois points perforants de catgut fin les bords de l'orifice à la muqueuse buccale. Cet abouchement se fit aisément, sans coudure et sans traction du conduit, exactement au niveau du collet de la première grosse molaire supérieure. Après excision du pourtour cutané de l'ancienne fistule, l'incision de la joue fut fermée sans drainage. Suites opératoires normales.

Le malade revu trois semaines après, je constatai que le nouvel orifice présentait une disposition physiologique, sans exubérance ni dépression à son niveau.

En faisant mâcher un corps résistant, tel qu'un morceau de bouchon ou un fragment de pain dur, on voit nettement la salive s'écouler dans la bouche. Un stylet est facilement introduit par l'orifice, et pénètre sans provoquer aucune douleur à une profondeur de deux ou trois centimètres vers la parotide.

Le procédé employé dans ce cas est analogue à celui préconisé par Langenbech et Delore. M. Schwartz a eu l'occasion de l'exécuter en 1898 dans un cas d'extirpation d'une tumeur de la parotide accessoire : le canal de Sténon sectionné fut abouché en avant du masséter (1).

C'est, je pense, le procédé de choix quand il est applicable, par la raison qu'il rétablit la disposition physiologique ; la condition

(1) Schwartz. *Bull. Soc. de chir.*, 12 janv. 1898, p. 39.

essentielle est que le bout postérieur du canal de Sténon soit assez long pour que l'abouchement puisse être effectué sans traction et sans coudure brusque du conduit au niveau du bord antérieur du masséter.

2° La deuxième observation est relative à un fait de *téno-plastie.*

T... (Eugène), âgé de cinquante-trois ans, menuisier, se présente à la consultation de Saint-Antoine le 24 avril 1900. Trois jours auparavant, le 21 avril, en travaillant à son métier de menuisier, il s'est fait avec un ciseau une blessure de la région dorsale et externe du poignet gauche. La plaie a été suturée immédiatement sans qu'on se soit aperçu de la section des tendons du pouce, de sorte que lorsque je vis le malade, le 24 avril, l'impotence du pouce était complète. La ligne de suture des téguments était rouge et suspecte au point de vue septique. Dans ces conditions je crus devoir surseoir à la suture tendineuse.

Le 1er mai, la plaie étant cicatrisée, je fis, après anesthésie à la cocaïne, une incision longitudinale sur la face dorsale et externe du poignet pour aller à la recherche des tendons coupés. Malgré une certaine insistance, il me fut impossible de trouver le bout supérieur du tendon long extenseur du pouce et, en désespoir de cause, le bout périphérique fut suturé au tendon du premier radial externe.

Le résultat fonctionnel fut nul.

Je proposai alors au malade une opération plus complète, qui fut exécutée le 23 juin à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Peyrot, que j'avais l'honneur de remplacer.

Anesthésie au chloroforme. Incision des téguments de vingt-cinq à trente centimètres pour bien découvrir le champ opératoire.

Je libère le bout périphérique du tendon long extenseur du pouce de sa soudure au premier radial externe ; la découverte du bout central est pénible ; l'écart entre les deux bouts du tendon est si considérable que, malgré quelques tractions sur le bout central, il est impossible de les rapprocher. Je me décide à prélever sur le tendon du premier radial externe très épais un segment long de six à huit centimètres. Après l'avoir complètement détaché du tendon radial externe, je le fixe par des sutures à la soie, d'une part au bout périphérique, et d'autre part au bout central du tendon long extenseur du pouce. La gaine des radiaux est ensuite suturée au catgut de façon à les isoler et à éviter la fusion ultérieure entre ces tendons et le long extenseur reconstitué, au point où ils s'entre-croisent.

J'éprouve la même difficulté pour rapprocher les deux bouts du tendon court extenseur du pouce également sectionné ; je prélève de même un segment sur le tendon épais du long abducteur intact et l'interpose entre les deux bouts du court extenseur. Sutures à la soie et isolement par des points au catgut de la gaine du long abducteur pour éviter ici encore la fusion ultérieure des deux tendons. Hémostase au catgut, fermeture de l'incision cutanée aux crins de Florence sans drainage. Suites normales.

Dès le douzième jour, je commence la mobilisation passive du pouce, et dès le quinzième jour, la mobilisation active. La présence des fils de soie sur les sutures tendineuses était nécessaire pour permettre cette mobilisation précoce. Le traitement est complété par le massage et l'électrisation des muscles de l'avant-bras.

Le résultat fut très satisfaisant. Au mois d'août, deux mois après l'opération, le malade peut étendre le pouce, agissant sur les deux phalanges. L'extension de la deuxième phalange n'est pas absolument complète ; elle ne dépasse guère l'axe du doigt ; en un mot, le malade ne peut pas faire l'hyperextension de cette deuxième phalange. Il n'en est pas gêné, et a pu reprendre son métier.

Ce procédé de ténoplastie a déjà été employé par Rochet (1), de Lyon, au niveau des tendons fléchisseurs de l'index. Je le crois préférable aux greffes de tendons d'animaux faites expérimentalement par Assaky (2) et Fargin (3), et exécutées chez l'homme par MM. Peyrot et Monod. On sait en effet combien il est difficile d'être sûr de son asepsie quand on pratique ces greffes animales ; et l'asepsie me paraît être indispensable pour éviter la nécrose et l'élimination du segment du tendon transplanté.

D'autre part, la greffe autochtone, ainsi que l'appelle Rochet, donne sans doute un résultat meilleur que la suture à distance à l'aide des liens de catgut recommandée et exécutée par Glück (4) et par Senn (5). Une des conditions du succès réside, je pense, dans la mobilisation précoce de la suture tendineuse, et à ce point de vue les sutures au catgut ne donnent pas la sécurité des sutures à la soie.

Discussion.

De l'hystérectomie abdominale dans l'infection puerpérale.

M. Rochard. — Dans une des dernières séances, M. Picqué vous a présenté un utérus qu'il avait enlevé par la voie abdominale chez une femme atteinte de septicémie puerpérale. Cette hystérectomie fut suivie de guérison et, à propos de cette observation, notre collègue nous a engagés à apporter à cette tribune les cas analogues que nous avons pu observer. C'est ce que je vais faire aujourd'hui ;

(1) Rochet. *Gaz. hebdomad.*, 20 juillet 1891.
(2) Assaky. *Soc. de biol.*, 31 oct. 1885.
(3) Fargin. *Thèse* de doctorat, 1885.
(4) Gluck. *Berl. klin. Woch.*, 26 juin 1893.
(5) Senn. *Amer. J. of med. scien.*, 28 avril 1894.

mais avant de vous exposer les opérations que j'ai pratiquées, je tiens à appeler votre attention sur ce fait que l'utérus que nous a montré M. Picqué était relativement petit, et que, même en tenant compte de la diminution apportée par le liquide conservateur dans lequel il était plongé, il s'est trouvé en face d'un utérus ayant à peu près terminé sa régression.

Il existait de la suppuration des ligaments larges, suppuration qui, dans l'état de la malade, jouait un aussi grand rôle que l'infection utérine qui l'avait causée.

Comme l'a fait remarquer M. Tuffier, dans sa communication de 1899, ce n'est pas toujours ainsi que se présentent les choses, et les observations qu'il vous a rapportées avaient trait à des infections utérines sans aucune complication annexielle; c'est même à ce genre de lésions qu'il avait limité sa communication.

J'estime pour ma part que les manifestations pathologiques causées par la septicémie puerpérale, étant multiples, doivent être confondues au point de vue de la décision de l'intervention, qu'il faut poser la question d'une façon beaucoup plus large et discuter la valeur de l'hystérectomie dans la septicémie puerpérale, que ses manifestations soient simplement utérines, ou bien encore utérines, annexielles et péritonéales.

Ce préambule posé, je vais vous exposer cinq observations, dans lesquelles je suis intervenu, mais, hélas! sans avoir aucune guérison à enregistrer.

Observation I. — *Infection puerpérale. Salpingite et péritonite suppurées. Laparotomie. Mort.*

Mme X..., ayant eu quatre grossesses antérieures avec quatre enfants vivants, entre à l'hôpital le 2 *juillet* 1900. Elle aurait eu une hémorragie abondante il y a quelques jours. Une sage-femme appelée aurait trouvé le placenta au milieu de caillots sanguins.

A son entrée, pas d'écoulement sanguin, pas de fétidité. Col long, perméable. Au toucher la malade accuse une douleur très vive.

3 *juillet*. — Temp. 38 degrés. Ballonnement du ventre. Respiration pénible.

4 *juillet*. — Temp. 37°9. Hoquets. Vomissements. Douleur du ventre à la palpation. Je vais voir la malade et je l'opère immédiatement.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen je tombe sur une péritonite suppurée et cloisonnée. Les anses intestinales adhérentes sont libérées; tout le petit bassin est rempli de pus contenu dans des poches qui sont successivement ouvertes. Le cul-de-sac de Douglas, nettoyé, est drainé, ainsi que les deux hypocondres.

5 *juillet*. — Vomissements. Morphine. Injection de sérum. Temp. 37°9.

9 *juillet*. — Temp. 38°2. Les drains sont remplacés; la suppuration est toujours abondante.

14 *juillet.* — Temp. 39 degrés, la suppuration diminue, mais la malade ne se relève pas. Les drains sont maintenus.

25 *juillet.* — L'état de l'abdomen reste stationnaire, mais la malade commence à tousser.

3 *août.* — Broncho-pneumonie droite. Temp. 39 degrés. La suppuration a beaucoup diminué.

10 *août.* — Etat stationnaire.

11 *août.* — La broncho-pneumonie s'aggrave et la malade succombe, le 12 au matin, à son affection pulmonaire.

Observation II. — *Infection puerpérale. — Hystérectomie vaginale un mois après l'accouchement. Mort.*

Mme X.., trente-six ans, ménagère, est passée d'urgence en chirurgie. L'accouchement a eu lieu il y a un mois environ.

La malade est dans un état très grave. La température est à 39 degrés. Le pouls à 120, petit, fuyant. La pâleur est extrême et l'infection profonde. Néanmoins l'hystérectomie me paraissant la seule ressource, je la pratique immédiatement le 19 novembre 1899.

Je fais l'hystérectomie vaginale. L'utérus est très gros, mou, grisâtre; il vient facilement. A la section du cul-de-sac postérieur il s'écoule un flot de liquide séro-purulent. Les pinces sont facilement placées. Un gros drain et des mèches sont posés dans le petit bassin. L'opération a duré huit minutes. La malade, dans un état adynamique profond, meurt dans la nuit.

Observation III. — *Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale à pédicule externe. Mort.*

A. C..., cartonnière, trente-huit ans, entre à l'hôpital le 23 avril 1898.

Voici les renseignements qu'on nous a donnés. Présentation vicieuse oblique du tronc. Version impossible par manœuvres externes tentée le 24 avril.

25 *avril.* — Application d'un ballon de Champetier. La température monte de 37 à 39 degrés. L'anneau de Bandl est rétracté, empêchant le fœtus mort d'être expulsé. Odeur fétide.

26 *avril.* — Procidence d'un pied et d'une anse intestinale sphacélée. Chute de la température avec phénomènes adynamiques. Vomissements fécaloïdes. Une rupture utérine est diagnostiquée.

On m'appelle auprès de la malade et je conseille la laparotomie, que je pratique à onze heures du matin.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, j'examine l'utérus et sa palpation me fait reconnaître qu'il n'existe pas de rupture. L'extraction du fœtus par le vagin est pratiquée et facilitée par des pressions que j'exerce directement sur l'utérus. L'intestin sphacélé qui avait fait penser à une rupture utérine est celui de l'enfant macéré.

Je constate une péritonite aiguë avec exsudats pseudo-membraneux dans le petit bassin. L'S iliaque est de plus fixé par d'anciennes adhérences à la face postérieure de l'utérus. En décollant ces adhérences je fais une légère déchirure que je répare immédiatement, et, pour aller

plus rapidement, je pratique une hystérectomie abdominale sus-vaginale avec pédicule extra-péritonéal tenu par des broches. Cette extirpation se fait en quelques minutes. Le ventre est drainé par de gros drains et une mèche, et la paroi suturée en masse.

La malade, très épuisée au moment où je l'opérai, meurt en hypothermie à sept heures du soir malgré les injections de sérum et de caféine.

OBSERVATION IV. — *Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale et ablation d'un kyste suppuré de l'ovaire dix jours après l'accouchement. Mort.*

Mme X..., deux grossesses antérieures. La présence d'un gros kyste de l'ovaire a été diagnostiquée; mais la grossesse suit son cours et l'accouchement spontané a lieu à terme. Enfant vivant. Délivrance naturelle complète.

L'accouchement a lieu le 28 juillet 1900.

30 *juillet.* — La température s'élève à 39 degrés. Lavages utérins. Pas de débris.

2 *août.* — La température continue à osciller entre 38 et 39 degrés, les lavages utérins sont continués.

3 *août.* — L'état de la malade ne s'améliorant pas, un *curettage* est pratiqué. Pas de débris.

5 *août.* — Les lavages intra-utérins sont continués mais il y a un écoulement qui sent mauvais et la température s'élève à 39°2.

6 *août.* — La température monte à 39°6. Le ventre est extrêmement ballonné. Il y a des vomissements. Je suis appelé et constate un état très grave. Le pouls est à 120. La face est pâle, les yeux excavés. Je décide la laparotomie.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. — Je me trouve, le ventre aussitôt ouvert, en face d'un kyste à parois très minces qui se rompt et donne issue à un liquide fétide. Les adhérences intestinales et épiploïques sont détachées du kyste et celui-ci est enlevé; après quoi je pratique l'*hystérectomie abdominale totale* avec drainage abdomino-vaginal.

7 *août.* — La malade, malgré les injections de sérum, ne se relève pas. La température est de 38°4.

8 *août.* — La température descend à 36°8 et la malade meurt dans la soirée.

OBSERVATION V. — *Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale douze jours après l'accouchement. Mort.*

Mme L. B..., trente-neuf ans, dix grossesses antérieures. Son onzième accouchement débute le 23 avril 1900 à deux heures du soir et se termine le 24 à une heure vingt du matin.

Délivrance artificielle à cause de l'hémorragie et, après la délivrance, grand lavage intra-utérin au permanganate de potasse (15 litres). Le placenta examiné est complet, sauf un peu de caduque.

26 *avril.* — 38 degrés. Lavage utérin, expulsion de quelques débris. Bronchite.

27 *avril.* — Même état : lavages utérins.

30 *avril.* — Lochies fétides. Premier frisson après l'injection intra-utérine. Temp. 38°6.

1er *mai.* — Grand frisson. Temp. 39 degrés. On fait un *premier curettage* qui ramène de nombreux débris de caduque ; écouvillonnage à la teinture d'iode.

2, 3, 4 *mai.* — Lavages utérins toujours de 10 litres. La température s'est abaissée à 37 pour remonter à 39 degrés.

5 *mai.* — Temp. 39°2. On fait un *deuxième curettage* et une irrigation intra-utérine continue pendant trois heures.

6 *mai.* — Irrigation intra-utérine continue pendant huit heures. Sérum artificiel, 500 grammes. Sulfate de quinine, 2 grammes. Temp. 40 degrés.

7 *mai.* — Irrigation intra-utérine continue de 7 heures à 11 heures. Sérum artificiel 1.000 grammes. Sérum de Marmorek 40 centimètres cubes. La malade est très faible, elle a presque constamment des menaces de syncope. Temp. 39°8.

8 *mai.* — Même traitement. On fait des enveloppements froids à la malade, qui a 40 degrés de température.

9 *mai* — Je suis appelé et je trouve une malade avec sa connaissance, mais distinguant à peine les objets. Le ventre est ballonné. Le pouls est petit, fuyant. Je me décide à lui enlever l'utérus, seule chance de salut qui lui reste. Opération douze jours après l'accouchement.

Hystérectomie abdominale totale. Procédé de gauche à droite. L'opération est très facile, menée très rapidement, en quelques minutes l'utérus est enlevé et les pinces sont laissées sur les ligaments larges, la malade étant trop bas pour donner le temps de faire les ligatures. Drainage abdominal.

L'utérus sectionné présente une teinte grisâtre. La muqueuse est couverte de granulations très proéminentes et semée de taches rouges et noires. L'odeur de la cavité utérine est fétide. Il existe une phlébite des veines utérines, phlébite qui s'étendait aux ligaments larges.

10 *mai.* — La malade, malgré les injections de sérum, meurt dans l'après-midi.

Ces résultats sont peu encourageants, et pourtant ils m'ont donné la conviction qu'il y avait quelque chose à faire.

Si j'ai perdu mes opérées, c'est que chez toutes je suis intervenu trop tard; ce sont des moribondes que j'ai laparatomisées, et je voudrais qu'on eût recours au chirurgien à temps, c'est-à-dire au moment où la malade n'est pas assez infectée pour succomber, alors même qu'on a enlevé l'utérus, source de l'infection. En tout cas, on peut tout tenter sur des femmes qui sont irrévocablement perdues. J'ai encore présente à la mémoire une accouchée de quinze jours environ, auprès de laquelle je fus appelé; elle était dans un état grave, et, peu encouragé par mes opérations précédentes, je ne suis pas intervenu. Elle est morte comme elles meurent toutes

dans ces conditions, et la liste en est malheureusement trop nombreuse.

Du reste, le succès de l'hystérectomie n'est plus à démontrer. M. Picqué nous a apporté l'autre jour une guérison à la suite de cette opération, et, en 1899, M. Tuffier nous en avait déjà relaté une autre. A l'étranger, ces opérations sont pratiquées beaucoup plus qu'en France, et, pour s'en convaincre, il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur la thèse de M. Bonamy, où déjà en 1899 il rapportait de nombreux cas d'extirpation de l'utérus dans l'infection puerpérale, suivis de guérison.

Vyneberg (1) cite trois hystérectomies abdominales totales suivies de guérison et plaide la cause de l'intervention.

Quelle est donc la conduite à tenir en face d'une femme atteinte d'infection puerpérale? Il est tout d'abord nécessaire de ne pas confondre les malades qui ont eu un peu de rétention placentaire ou un peu d'infection utérine à la suite de l'accouchement, qui, repoussées par les accoucheurs, renvoyées par les médecins, viennent encombrer et infecter nos services, avec celles qui quelques jours après l'accouchement présentent des phénomènes d'empoisonnement grave. Les premières guérissent avec un curettage, et c'est de beaucoup le plus grand nombre, on pourrait dire 90 à 95 p. 100. Les autres ont une physionomie bien particulière. Quand on les approche, on reconnaît à leur masque qu'elles sont profondément touchées. La face est pâle, présente une teinte cireuse, les yeux sont excavés, les muqueuses sont décolorées. Le pouls est petit, dépressible, fréquent, bat de 128 à 130 pulsations. La température peut s'élever de 39 degrés à 40 degrés, mais souvent ne dépasse pas 38°5. Le ventre est légèrement ballonné, mais pas distendu. Il y a des frissons. Les vomissements peuvent se montrer, mais ne sont pas constants, et enfin, dans un grand nombre de cas, il y a un écoulement fétide par le vagin.

Auprès de ces femmes il ne faut pas temporiser, toutes ou presque toutes ont déjà subi un curettage : car qui ne fait pas un petit curettage à l'heure actuelle? et, dans la grande majorité des cas, attendre le résultat d'une nouvelle opération de ce genre serait perdre un temps précieux. Il faut donc se rendre compte du danger que court la malade, et malgré ce qu'a de pénible le sacrifice de l'utérus, ne pas hésiter à proposer l'hystérectomie.

Quelle hystérectomie faut-il pratiquer? L'énonciation seule de ce mot soulève la discussion de la voie à suivre pour enlever l'utérus. Extirpera-t-on l'organe par le vagin ou par l'abdomen?

Dans sa communication de 1899, M. Tuffier conseille l'hysté-

(1) *American Journal of medical sciences*, février 1900.

rectomie vaginale, et affirme cette opinion dans la thèse de son élève Bonamy. Je ne partage pas sa façon de voir, et je me prononce franchement pour l'hystérectomie abdominale. En voici la raison.

Tout d'abord, comme je l'ai établi au commencement de ce travail, les lésions peuvent être multiples et la laparotomie seule nous permet de nous rendre un compte exact des complications qu'a causées l'infection utérine.

Par la voie haute, on pourra ouvrir toutes les collections purulentes, même celles enkystées entre deux anses intestinales, comme je l'ai fait dans la premiére observation.

De plus, l'hystérectomie vaginale n'est pas toujours possible à cause de la friabilité de l'utérus. M. Segond, pour cette raison, s'était rangé à l'hystérectomie abdominale, lors de la communication de M. Tuffier.

Il est arrivé à Vyneberg (cité plus haut) de commencer une hystérectomie par le vagin, de ne pouvoir continuer, et d'être obligé de finir par la laparotomie; depuis ce cas il a adopté et conseille la voie abdominale. Je sais bien qu'il existe de nombreux cas dans lesquels l'hystérectomie vaginale a été pratiquée facilement et rapidement. J'en ai donné plus haut moi-même un exemple; mais il ne faut pas s'exposer à être obligé de faire une hystérectomie vagino-abdominale, opération qui n'est qu'un pis-aller. De plus, quel avantage donne la voie vaginale? La rapidité plus grande, dira-t-on? On met si peu de temps à faire l'hystérectomie abdominale, elle se présente si facilement dans ces cas de gros utérus, que je la trouve même plus facile que l'hystérectomie vaginale; et si elle est un peu plus longue, ce n'est qu'à cause de la ligature des pédicules et de la suture de la paroi, ligature et sutures qui ne prennent que quelques minutes.

Enfin, le dernier avantage de la voie abdominale est le drainage du péritoine par le vagin et par l'abdomen, drainage qui doit être très complet, même dans les cas où la péritonite n'a pas donné lieu à un épanchement notable.

La voie abdominale étant choisie, c'est bien entendu à l'*hystérectomie abdominale totale* qu'il faut s'adresser. Je me demande pourquoi mon ami Picqué a laissé un bout de col pour y faire passer un drain. Il eût été plus simple, il me semble, d'enlever tout l'utérus. Je sais bien que dans la thèse de Bonamy il y a beaucoup d'hystérectomies supra-vaginales qui ont donné des guérisons; mais ces observations sont déjà un peu anciennes, elles datent d'une époque où l'hystérectomie abdominale totale était moins dans la main du chirurgien que maintenant; enfin, cette dernière remplit le but capital d'établir un large drainage du côté du vagin, c'est-à-dire au point le plus déclive.

Voilà, Messieurs, les quelques points que je désirerais étudier devant vous, et s'il m'est permis de me résumer, je dirai : « Dans tous les cas d'infection puerpérale grave qui mettent directement la vie de la malade en danger, il faut pratiquer la laparotomie. Celle-ci permettra de parer à toutes les éventualités qui pourront se rencontrer. Elle devra être suivie de l'hystérectomie abdominale totale toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un utérus infecté n'ayant pas fait sa régression. »

M. Bazy. — Je n'ai à citer que deux faits d'hystérectomie pour infection puerpérale. Le premier remonte au commencement de l'année 1896, à l'hôpital Tenon.

Il s'agit cette fois d'une hystérectomie vaginale qui fut faite non par moi, qui en étais empêché par un mal de doigt qui me défendait toute opération, mais par mon interne d'alors, aujourd'hui notre confrère, le Dr Ravanier.

Elle fut faite très habilement et très soigneusement sous mes yeux et ma direction. Et je fus frappé de la friabilité extrême de l'utérus sous les pinces qui l'abaissaient avec les plus grandes précautions.

L'opération fut cependant complète, mais la malade mourut au bout de quelques jours.

L'autre opération date de l'année dernière ; je n'y insisterai pas, car elle a été publiée par mon ami, le Dr Maygrier, au dernier Congrès international de médecine (section d'obstétrique).

Il s'agit ici d'une hystérectomie abdominale totale, faite treize jours après l'expulsion, à six mois et demi de grossesse, d'un fœtus macéré, avec rétention de la caduque dans l'utérus. Des accidents fébriles légers (température vespérale de 38°4), nécessitent au quatrième jour un curage digital et un écouvillonnage, ramenant des débris qui, ensemencés, donnent des streptocoques.

La température baisse, mais après elle remonte à 38°5 ; on fait alors un curettage et un écouvillonnage, on ramène de nombreux débris qui, après ensemencement, cultivent abondamment en anaérobies (*perfringens*, *radiiformis*, *fœtidus*).

Après une amélioration, les accidents reparaissent, la température monte à 40 degrés et le Dr Maygrier me demande de venir faire l'hystérectomie.

Elle fut faite treize jours après l'accouchement. « Elle fut extrêmement simple et ne dura qu'une demi-heure en tout », dit l'observation.

Le soir et le lendemain matin, chute de la température, mais les accidents infectieux persistèrent ; la température, demeurant

très élevée, atteignait 41 degrés et même une fois 41°5, et la mort survint trente-deux jours après l'opération.

« L'autopsie montre une cicatrisation parfaite de la plaie péritonéale. Dans aucun organe, on ne trouve de foyer. »

En somme l'hystérectomie abdominale a été ici inutile; mais elle n'a pas non plus nui; suivant l'expression du Dr Maygrier, dans la lettre qui accompagne l'observation, elle n'a pas plus impressionné la malade qu'une chiquenaude.

M. Paul Segond. — J'ai, en effet, plusieurs fois écrit que l'hystérectomie vaginale, chez une femme qui vient d'accoucher, est une opération horriblement difficile à cause de la friabilité des tissus et qu'elle n'est certainement pas à recommander. Je m'en suis convaincu trop souvent et trop sûrement pour changer d'avis à cet égard, et je ne puis que répéter aujourd'hui ce que j'ai déjà dit à propos de la première communication de Tuffier sur le même sujet (1).

A supposer qu'on se trouve en présence des indications nettes d'une castration totale chez une femme en état d'infection puerpérale, indications possibles mais rares, il est toujours plus sage de procéder par laparotomie que de risquer un morcellement vaginal. Un mois après l'accouchement, il en est tout autrement et l'on peut alors opter entre la voie vaginale et la voie abdominale : affaire d'indications.

M. Terrier. — J'ai eu à soigner à l'hôpital Bichat un grand nombre d'accidents septicémiques puerpéraux, contre lesquels mes collègues et assistants, Richelot, Quénu, Broca, Hartmann et moi-même, nous avons employé toutes les méthodes conseillées pour les affections puerpérales : l'irrigation continue dans le vagin, irrigations et injections intra-utérines, injections souscutanées de sérum artificiel ou intra-veineuses; elles ne nous ont donné dans les infections véritables que des résultats déplorables.

Au bout de quinze jours, vingt jours, quelquefois quarante jours, et après des améliorations passagères qui nous laissaient quelque illusion, nous avons vu les frissons reparaître et la mort être la conséquence de la septicémie.

Désolé de ces résultats, j'ai accepté en principe l'hystérectomie vaginale; elle a été tentée un certain nombre de fois à Bichat, mais sans succès.

A la Pitié, M. Gosset a été plus heureux et a pu guérir par l'hystérectomie vaginale nne jeune fille profondément infectée.

(1) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1899, t. XXV, p. 803.

Il doit ce succès à ce qu'il a opéré sa malade quelques heures après son entrée à l'hôpital.

La nécessité de l'opération dans des cas semblables ne doit même plus être discutée. Incontestablement, c'est une bonne opération; et si M. Rochard n'a pas obtenu de succès, il ne faut en accuser que l'état très grave dans lequel il est intervenu chez ses malades. Je considère que c'est une bonne opération qui doit être faite d'urgence, et que, dès que les accidents septicémiques seront déclarés, il ne faut pas attendre, même jusqu'au lendemain matin, pour intervenir. Les accoucheurs sont d'accord avec nous pour accepter qu'il faut agir le plus promptement possible.

La voie abdominale est, en pareil cas, la seule acceptable, et M. Rochard démontrait bien tout à l'heure les avantages de cette voie haute.

M. Rochard. — Je remercie M. Terrier de ses observations si démonstratives, et qui viennent appuyer les conclusions de ma communication. Bien entendu. il ne peut être question que d'hystérectomie totale.

Présentations de pièces.

Radiographie pour corps étrangers de la vessie chez un enfant, et calculs.

M. Phocas. — J'ai l'honneur de présenter à la Société :

1° Une radiographie provenant d'une petite fille de trois ans et demi qui me fut adressée à l'hôpital Saint-Sauveur avec le diagnostic de corps étranger de la vessie.

La radiographie montre une épingle à cheveux placée verticalement dans la vessie.

Cette épingle a été introduite, d'après le dire des parents, il y a huit jours. Ni le médecin traitant (M. le Dr Brutaut, de Lens), ni moi, nous n'avons pu élucider les circonstances dans lesquelles ce corps étranger a été introduit.

Toujours est-il que les explorations faites avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital et le séjour du corps étranger dans la vessie, ont été la cause d'une cystite douloureuse avec hématuries.

Le huitième jour de l'accident, le 14 mars 1899, nous avons cru plus prudent de faire une cystotomie.

L'opération a été facile. La vessie était très épaisse, très allongée. L'extraction a été simple.

La vessie fut suturée en partie, mais il se produisit une fistule qui a persisté quelques jours.

L'enfant a guéri et reste guérie.

Voici maintenant deux radiographies qui montrent deux calculs de la vessie opérés par moi.

Obs. I. — R... (Arthur), dix ans, entré le 3 juillet. Le seul symptôme est la *douleur*. La radiographie montre si nettement l'existence du calcul que je juge inutile toute exploration et que je pratique la taille sus-pubienne le 10 juillet. Le calcul est gros comme un noyau de pêche, brun, mûriforme.

Suture totale de la vessie. Sonde dans la vessie pendant quarante-huit heures. Guérison en dix jours.

Obs. II. — G... (Anna), d'Auchel, sept ans, entrée le 25 juillet. Douleurs depuis deux ans. Crises douloureuses. Phénomènes de cystite. Radiographie montrant l'existence d'un calcul.

Opération le 27 juillet. On trouve un calcul du volume d'un œuf de pigeon, de coloration grise, formé de couches stratifiées avec un noyau central et foncé.

Suture de la vessie.

Il existait de la cystite; aussi la suture n'a pas tenu partout, et il s'est produit une fistule qui a retardé la guérison.

Ces observations, que j'ai résumées en quelques notes, me paraissent mettre en évidence la grande valeur de la radiographie dans le diagnostic des calculs vésicaux et des corps étrangers de la vessie chez l'enfant.

Elles me semblent de nature à confirmer l'opinion déjà émise une première fois par M. Picqué, opinion d'après laquelle les corps étrangers de la vessie, quand ils sont pointus, sont justiciables de la cystotomie.

En ce qui me concerne, je crois que la cystotomie, aidée de la radiographie, est le procédé de choix dans les cas de corps étrangers de la vessie chez l'enfant, quand ces corps sont pointus.

Quant aux calculs vésicaux chez l'enfant, me basant sur l'innocuité de la cystotomie suivie de suture, je serais d'avis d'en faire l'ablation par la taille, après avoir obtenu l'image radiographique, sans se livrer à aucune exploration intra-vésicale, dont le moindre inconvénient, à cet âge, est de nécessiter le chloroforme.

M. Albarran. — Le diagnostic des calculs vésicaux de l'enfant par la radiographie est assez facile dans les calculs uriques compacts; il l'est encore plus lorsque, comme dans les calculs que M. Phocas nous présente, il existe une chemise de phosphates

autour du noyau urique. Il y a déjà plus de deux ans que M. Brun a publié la radiographie d'un calcul chez un enfant.

Je possède deux autres de ces radiographies et nous avons même à Necker, dans le service de M. Guyon, de bonnes radiographies de calculs vésicaux chez l'adulte faites par M. Contremoulins. Récemment j'ai vu à Barcelone plusieurs très belles radiographies de calculs vésicaux d'adultes et d'enfants faites par M. Comas.

Je crois que les calculs chez l'enfant sont presque toujours faciles à diagnostiquer sans avoir recours à la radiographie, qui demande une technique spéciale pour bien réussir, surtout en cas de pierre urique. Comme Lester Léonard, Contremoulins et moi-même nous l'avons démontré, on doit se servir des ampoules à petit vide. Il est plus simple, et cela suffit d'habitude, de sentir la pierre par le palper abdominal combiné au toucher rectal; nombre de fois j'ai fait ainsi le diagnostic.

La taille hypogastrique réussit très bien chez les enfants. Chez les fillettes on peut parfois pratiquer la lithotritie. J'ai fait avec succès cette opération chez une fillette de quatre ans et demi ; pour éviter l'inconvénient résultant de la forme conique de la vessie de l'enfant, je pratiquai l'opération en position renversée, ce qui me permit de manœuvrer à l'aise.

Je ne crois pas, comme M. Phocas, que la taille doive être pratiquée d'emblée dans tous les cas de corps étrangers de la vessie chez l'enfant; je ne la crois même pas indispensable chez un certain nombre de fillettes ayant dans la vessie une épingle à cheveux. Il faut préciser le siège et la direction de l'épingle par la radiographie ou par la cystoscopie ; souvent on pourra prendre l'épingle par sa boucle avec un crochet que le cystoscope guide, ou même la saisir avec un lithotriteur. La taille n'est justifiée que lorsque l'extraction par les voies naturelles est impossible ou dangereuse.

M. Phocas. — J'ai fait souvent l'exploration bimanuelle chez les enfants, mais je n'ai jamais été assez heureux pour reconnaître de cette façon un calcul, alors que tous les autres procédés me donnaient la démonstration de l'existence de ces calculs.

M. Albarran. — Je répète que cette palpation bimanuelle par l'abdomen et le rectum est, dans la plupart des cas, suffisante pour bien diagnostiquer les calculs vésicaux des enfants.

Procédé de cure radicale des hernies ombilicales et des éventrations.

M. SAVARIAUD. — Le principe de ce procédé est de superposer les deux lèvres de l'orifice aponévrotique et de les maintenir par une double rangée de sutures en capiton.

Ce procédé, applicable dans tous les cas, est surtout indiqué lorsque la paroi est très amincie, trop petite pour son contenu et menace de se déchirer sous la traction des fils dans les procédés ordinaires. — M. HARTMANN, rapporteur.

Lipome de la langue.

M. GÉRARD-MARCHANT présente un lipome de la langue.

Voici l'observation, d'après les notes remises par M. Lenormant, interne du service.

Malade ne présentant aucun antécédent pathologique. Bon état général.

Cette malade s'est aperçue il y a trois mois environ de l'existence d'une petite tumeur dure du volume d'un pois, qui siégeait à la partie moyenne du bord latéral gauche de la langue. Cette tumeur s'est accrue lentement et progressivement sans déterminer, au moins au début, de troubles fonctionnels. Il n'y a jamais eu aucun phénomène douloureux, et ce n'est que depuis quelque temps que les mouvements de la langue, soit dans la mastication, soit dans l'élocution, sont sensiblement gênés. La salivation est normale, il n'y a jamais eu d'hémorragie buccale.

La tumeur présente actuellement le volume d'une très grosse noisette, elle est régulièrement arrondie, lisse, parfaitement indolente à la pression ; la muqueuse qui la recouvre est normale ; la mobilité complète de cette muqueuse sur la tumeur et de la tumeur elle-même sur les plans sous-jacents, permet d'affirmer qu'elle est encapsulée ; néanmoins, il semble, étant donnée l'épaisseur des couches qui la recouvrent, que cette tumeur n'est pas immédiatement sous-muqueuse et qu'elle siège dans l'épaisseur du parenchyme lingual.

La tumeur semblant nettement fluctuante, sa nature kystique paraît indiscutable, et en raison de son siège intra-musculaire, on porte le diagnostic probable de kyste hydatique. M. Demoulin fait quelques réserves au point de vue d'un lipome.

La tumeur est enlevée le 27 février. Une incision parallèle au bord de la langue découvre la tumeur, qui fait immédiatement hernie et s'échappe à la façon d'un noyau de cerise pressé entre les doigts.

Pyo-appendix.

M. Potherat. — J'ai eu l'occasion de rencontrer deux cas d'appendice iléo-cæcal distendu par un contenu aqueux, et je vous ai présenté ici les pièces de ces *hydro* ou *sero-appendix.*

Aujourd'hui, je vous apporte un appendice que j'ai enlevé il y a six semaines à un malade de vingt-six ans, de mon service de la Maison municipale de santé, malade guéri simplement et rapidement à la suite de mon intervention. Cet appendice était, lui aussi, considérablement distendu, dans la presque totalité de sa longueur, par une collection liquide, nettement fluctuante. Sur 1 centimètre et demi environ seulement et tout près de son insertion, l'organe avait son volume et son aspect normaux. Il y avait eu plusieurs attaques d'appendicite antérieurement; l'une d'elles s'achevait quand le malade vint dans mon service; ces attaques avaient été vives, sans être violentes. J'attendis quelques jours seulement, puis j'opérai par incision latérale, et trouvai tout de suite cet appendice en position antéro-externe, *sans adhérences* inflammatoires.

Son contenu me surprit un peu en raison de son anomalie. Comme à vous tous, il m'est arrivé bien souvent de trouver dans l'appendice enlevé un magma plus ou moins liquide d'aspect puriforme; mais jamais je n'avais trouvé de pus véritable. Dans le cas présent, le liquide qui distendait l'appendice était du pus épais, jaune, crémeux, rappelant identiquement ce qu'on nous avait jadis appris à appeler *pus phlegmoneux de bonne nature.* Il y avait, du côté adhérent de l'appendice, une oblitération limitant le foyer, oblitération physiologique seulement et non anatomique. En un mot, il y avait là des lésions absolument comparables à celles qu'on observe dans le pyo-salpinx subaigu ou chronique. C'est la première fois que, sur un très grand nombre de malades opérés, j'observe ce *pyo-appendix.*

M. Routier. — J'ai rencontré fréquemment cette lésion, sans qu'il me soit venu à l'esprit de considérer ces cas-là comme présentant un intérêt particulier et méritant une dénomination spéciale.

Hier matin encore, j'ai enlevé un appendice semblable, dont la cavité était aussi remplie de pus phlegmoneux en quantité notable.

Présentation d'instrument.

Trousse aseptique pour sondes.

M. Bazy. — J'ai l'honneur de vous présenter un étui aseptique pour porter aseptiquement les sondes stérilisées.

J'ai cherché à avoir quelque chose de léger et qui ne fût pas facile à déformer comme les boîtes métalliques, lourd et fragile comme les tubes de verre. Je me suis adressé au caoutchouc.

J'ai fait construire par le fabricant bien connu de sondes, M. Vergne, cet étui en caoutchouc, avec fermeture en caoutchouc hermétique.

Je l'aseptise en le faisant bouillir, puis j'y mets les sondes aseptisées.

Quand je veux avoir une sonde, j'ouvre le tube, je fais saillir légèrement les sondes, je prends avec une pince flambée celle que je désire et je referme l'étui sans toucher aux sondes.

Je peux, dans le cas où j'ai plusieurs sondes à choisir, faire reposer l'étui sur un support plus court que les sondes, de telle sorte qu'elles font saillie à l'extérieur; mais le plus simple, c'est encore de coucher obliquement l'étui sur la boîte dans laquelle je l'enferme avec la seringue.

Vous voyez que la boîte en question contient deux étuis, plus une seringue qui est transportée aseptiquement dans une poche de caoutchouc stérilisée, plus des mandrins métalliques, une sonde pour prostatiques et un récipient pour la vaseline stérilisée.

J'ai réalisé ainsi l'étui de la trousse de sondes que j'ai proposée et qui est connue depuis quinze ans, et dont l'usage a été de nouveau préconisé il y a deux ou trois ans par M. Noguès, dans les *Annales des maladies des voies urinaires.*

Un étui semblable, mais plus petit, peut servir aux malades pour transporter leurs sondes; il n'est ni fragile ni encombrant, puisqu'il peut être réduit à un tube très petit, flexible, mais résistant.

Les malades peuvent même en avoir deux, un pour les sondes aseptiques, un autre pour celles qui ont servi.

M. Monod. — Les sondes ne se collent-elles pas les unes aux autres?

M. Bazy. — Non, elles restent indépendantes.

Le Secrétaire annuel,
Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 6 MARS 1901

Présidence de M. RECLUS



Procès-verbal.

A propos de la rédaction du procès-verbal, M. TERRIER prie le secrétaire de faire la rectification suivante : page 210, dernière ligne, au lieu de *hystérectomie vaginale*, lire *hystérectomie abdominale*. — La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. HARTMANN, qui demande un congé pour le semestre d'été, à dater du 13 mars ;

3° Une lettre de M. LEGUEU, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire de la Société de chirurgie ;

4° Un travail de M. le Dr VÉRON, chirurgien militaire, intitulé : *Rupture traumatique de la rate par coup de pied de cheval. Splénectomie. Mort dix jours après l'opération.* — Ce travail est envoyé à une commission : M. GUINARD, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la stérilisation des solutions de cocaïne.

M. TUFFIER. — Je n'assistais pas à notre dernière séance dans laquelle M. Reclus a réclamé pour M. Hérissey la priorité de la stérilisation à l'autoclave des solutions de cocaïne, en ajoutant que « ce problème est résolu depuis près de quatre ans ».

Je m'en rapporte pleinement à ce qu'a dit M. Reclus. Je voudrais cependant qu'il nous précisât la date à laquelle il a vérifié cliniquement les résultats donnés par la *solution chauffée en tubes scellés à 120° à l'autoclave.*

M. Reclus. — Les premières opérations avec solutions de cocaïne stérilisées à l'autoclave à 115° et 120° ont été faites par moi dans le courant de 1898. M. Hérissey n'a pas publié ses observations, mais on en trouvera l'écho dans la thèse de mon élève Legrand, soutenue l'année dernière et qui a pour titre : *l'analgésie locale en chirurgie générale.*

M. Tuffier. — Dans ces conditions les recherches, faites sur ma demande, par M. le professeur Arnaud, sont confirmatives des faits de M. Hérissey; celles qui ont été faites, également sur ma demande et dans les mêmes conditions, sur la stérilisation à la Tyndall, appartiennent à M. Carrion ; la stérilisation à froid revient à M. Roux, de l'Institut Pasteur, et la vérification clinique encore à M. Arnaud. Quant à moi, je n'ai fait, comme je l'ai dit dans mes diverses communications, « que contrôler cliniquement les résultats que ces savants m'ont donnés ».

Observation d'hystérectomie abdominale totale.

M. Terrier. — Messieurs, permettez-moi, à propos du procès-verbal, de vous donner, comme je l'ai promis à la dernière séance, le résumé, très complet d'ailleurs, de l'observation d'hystérectomie abdominale totale pour parer à des accidents de septicémie puerpérale.

Voici ce fait, rédigé par mon chef de clinique, M. le Dr Gosset, qui a pratiqué en quelque sorte d'urgence l'opération d'hystérectomie abdominale totale.

Eugénie Fl..., femme M..., âgée de trente et un ans, journalière, est amenée le 8 novembre 1900 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Terrier, pour des accidents puerpéraux dont le début remonte au 24 octobre, c'est-à-dire à onze jours.

Première grossesse en 1894, accouchement à terme.

Deuxième grossesse en 1897, accouchement normal.

Les dernières règles datent du 10 août 1900. Le 23 octobre, la malade perd un peu d'eau rousse, puis quelques caillots d'odeur extrêmement fétide. Elle prend le lit le 25 octobre; le lendemain 26, elle a encore la force de se lever; mais le 27, à 10 heures du matin, *grand frisson* qui

dure une heure, avec abondante transpiration. Les jours suivants, elle continue à perdre des caillots fétides; le 30, elle a, le soir, un deuxième frisson qui dure une demi-heure, avec crampes dans les jambes, et, le 3 novembre, elle se décide à entrer à l'hôpital, où elle arrive vers midi.

A midi 1/2, frisson violent qui dure une demi-heure, pendant lequel la température monte à 39°8 et le pouls à 168. A 2 heures, quelques vomissements alimentaires et muqueux. A 3 h. 1/2, pouls à 140 et température à 39°1. La malade est très agitée, la respiration fréquente; des frissons surviennent après lesquels le pouls monte à 160, 168. La langue est un peu sèche.

Au toucher vaginal, on constate que le col est mou et entr'ouvert; l'écoulement est abondant et très fétide. En combinant le palper au toucher, on sent le corps utérin un peu augmenté de volume. Pas de contracture de la paroi abdominale.

En présence de la rapidité et de la faiblesse du pouls, de l'anxiété respiratoire, étant donnés également la sécheresse de la langue et les frissons, on décide de pratiquer l'hystérectomie.

Opération pratiquée à 4 h. 10 du soir par M. Gosset, chef de clinique. Aide, M. Mouchotte; chloroformisateur, M. Crouzon, internes.

Laparotomie médiane sous-ombilicale; la malade est mise en position déclive, protection très minutieuse de l'intestin au moyen de compresses et de gaze aseptiques. Il n'y a pas de liquide dans la cavité péritonéale.

On se met en devoir de pratiquer l'hystérectomie totale. Ligature du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond, à droite, et section de haut en bas du ligament large. De même pour le côté gauche. Après incision du péritoine pré-utérin, on décolle la vessie de haut en bas, on prend entre deux pinces l'artère utérine de chaque côté et on sectionne circulairement le vagin, après effondrement du cul-de-sac antérieur. Par le col utérin, s'écoule un peu de liquide fétide que l'on recueille sur des compresses de gaze, et ces compresses sont immédiatement changées.

La ligature de l'utérine du côté gauche est simple, celle du côté droit un peu laborieuse. Fermeture de l'ouverture vaginale avec quelques points séparés au catgut et enfouissement des pédicules vasculaires sous un surjet péritonéal à la soie fine.

Un gros drain est placé dans le cul-de-sac postérieur et ramené à travers la partie inférieure de la plaie abdominale. Celle-ci est fermée par une suture à trois étages.

L'opération, simple, a duré 45 minutes.

Le soir même de l'opération, on a fait 1,000 grammes de sérum artificiel en injection sous-cutanée, et à 10 heures la température était tombée brusquement de 39°1 à 37 degrés et le pouls de 160 à 80. Mais, le lendemain et le surlendemain, la température remontait à 39 degrés.

Après quelques incidents, la malade quitte l'hôpital, définitivement guérie, le 13 décembre.

Quelques points sont intéressants à relever dans cette observation.

1° *Au point de vue des suites opératoires*, après avoir été apyrétique quelques heures après l'intervention, la malade a présenté à nouveau de la fièvre dans les jours suivants :

	36°9 et 38°5, le matin et le soir du		2e jour;	
	38°8 et 38°5,	—	—	3e —
	38°2 et 38°3,	—	—	4e —
	38°6 et 38	—	—	5e —
entre	37°5 et 37°9, jusqu'au			14e jour.

et ce n'est que le 15e jour que la température est redevenue normale. La courbe du pouls a suivi parallèlement; les trois premiers jours, il y avait 120 pulsations, puis, à partir du 8e jour, seulement 80 à la minute.

Le taux de l'urine a également été en rapport avec le pouls et la température. Malgré des injections quotidiennes de 2 litres de sérum artificiel en injection sous-cutanée, la quantité de l'urine n'a été, pendant ces trois premiers jours, que de 500, 600 et 800 grammes, puis, le 9e jour, elle montait à 1,000 grammes. Cette urine, pendant les trois premiers jours, présentait un abondant précipité albumineux (1).

En somme, après l'ablation du foyer infectieux, la défervescence ne s'est pas faite brusquement. Il a fallu une douzaine de jours avant que la température, le pouls et les urines soient redevenus normaux.

2° *Au point de vue bactériologique*, l'examen a été pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Grancher, et sous la direction de M. Veillon, par M. Armand Delille, interne, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

L'examen bactériologique a porté :

α. Sur le sang de la malade ;

β. Sur la sérosité prélevée au moment de l'opération à l'intérieur de la cavité utérine.

α. Le *sang* de la malade, prélevé aseptiquement à l'une des veines du pli du coude, a été ensemencé *en surface* pour la recherche des microbes aérobies, sur gélose ordinaire et sur gélose ascite de Wertheimer; *en profondeur* pour la recherche des microbes anaérobies, sur des tubes de gélose sucrée profonde, avec dilutions successives, suivant la méthode de Veillon.

Il ne s'est développé de colonie sur aucun des tubes ensemencés ; on peut donc en conclure que le sang examiné ne contenait pas de

(1) Cette observation sera publiée *in extenso* dans la thèse d'un de nos internes, M. Mouchotte.

germes. Les lames de sang fixées et colorées ne présentaient d'ailleurs aucun élément anormal.

β. Pour la *sérosité utérine*, examinée d'après les mêmes procédés, les cultures ont montré des colonies constituées par un *petit streptocoque* en courtes chaînettes, et trois espèces de microbes anaérobies :

a. Un petit coccus que l'on peut assimiler au *micrococcus fœtidus.*

b. Un bacille, de longueur variable, à extrémités renflées, prenant le Gram.

c. Un diplocoque réniforme prenant le Gram.

En somme, les cultures ont montré qu'il n'y avait pas de microbes dans le sang, mais que la cavité utérine renfermait *un streptocoque* et *trois variétés anaérobies.*

3° *Au point de vue du procédé opératoire*, il ne me paraît pas utile de discuter sur la nécessité de prendre la voie abdominale. Ce n'est pas seulement parce que la friabilité de l'utérus augmente la difficulté de l'hystérectomie vaginale, c'est avant tout parce que la voie abdominale seule permet d'opérer largement, en voyant ce que l'on fait, et de pratiquer une hémostase parfaite.

Quant au danger d'infecter le péritoine par le contenu de l'utérus, on l'écartera facilement en procédant avec méthode et en limitant soigneusement avec des compresses le foyer opératoire.

Dans ces cas d'infection puerpérale, l'hystérectomie sus-vaginale est tout à fait contre-indiquée. C'est à l'hystérectomie totale qu'il faut toujours recourir.

Enfin la nécessité d'un drainage s'impose, soit un simple drainage abdominal, soit un drainage abdomino-vaginal qui me séduit moins.

Dans notre observation, le drain dut être laissé en place fort longtemps, jusqu'au vingt-septième jour, par suite d'un très abondant suintement séreux.

4° Enfin, *au point de vue des indications de l'hystérectomie abdominale totale dans les infections puerpérales*, ce n'est qu'avec des observations complètes, où l'examen bactériologique du sang de la malade et du contenu de la cavité utérine aura été pratiqué avec soin, que l'on pourra déterminer les cas où l'hystérectomie se trouve indiquée.

Dans notre observation, les frissons et les crampes, la sécheresse de la langue, le pouls rapide et filant, la température, le début relativement ancien des accidents, tout concordait à démontrer une infection des plus graves. Un curettage eût fait perdre du temps, il n'aurait vraisemblablement pas arrêté l'infection ; or l'examen bactériologique est venu justifier l'opération en révélant la présence de streptocoques et d'anaérobies. Et, à ce point de vue, il

serait intéressant de déterminer la *zone utérine* envahie par les microbes.

Je le répète encore, dans ces cas d'infection puerpérale grave, l'indication formelle me paraît être de pratiquer sans retard l'hystérectomie abdominale totale.

A propos de l'extirpation du rectum.

M. Quénu. — M. Berger, dans sa communication sur l'extirpation périnéale du rectum, conseille, si je comprends bien, de commencer la libération du rectum et la section du releveur par sa face postérieure. Nous étions arrivé à la même conclusion que nous formulions en disant : « De récentes expériences sur le cadavre nous font penser qu'il peut être plus facile de commencer l'incision du releveur par sa partie postérieure, prolonger un peu en arrière en parasacrée l'incision paracoccygienne, détacher de suite les insertions fibreuses et musculaires des bords coccygiens, réséquer le coccyx et poursuivre d'arrière en avant la section des releveurs de l'anus (1).

Depuis, j'ai mis en pratique avec succès cette technique modifiée. Quant à la longueur d'intestin que l'on peut enlever par voie périnéale, elle me paraît varier suivant les individus avec la longueur et la mobilité de l'anse sigmoïde.

M. Hartmann. — Je confirme ce que vient de dire M. Quénu. Je commence toujours l'opération par la résection du coccyx, le décollement présacré et j'incise successivement, d'arrière en avant, les releveurs et l'aponévrose sacro-recto-génitale, en les chargeant sur le doigt introduit par la brèche postérieure; dans mon cours à l'Ecole, j'ai fait représenter sur des planches murales ce premier temps de l'opération de l'extirpation du rectum.

Rapports.

Rupture de la rate. Splénectomie, par M. le Dr Auvray, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. HENRI HARTMANN.

Les cas de rupture de la rate opérés en France constituent encore actuellement une rareté chirurgicale; aussi l'observation

(1) *Chirurgie du rectum*, p. 253.

que nous a apportée notre collègue M. Auvray mérite-t-elle de figurer dans nos Bulletins.

Rupture traumatique de la rate, splénectomie, guérison, par M. Auvray.

G. C..., âgé de dix-huit ans, gainier, est admis d'urgence le 22 juillet 1900, à l'hospice d'Ivry, dans le service de M. le Dr Hartmann, salle Broca.

Dans la nuit du dimanche 22 au lundi 23 juillet, après son dîner, C... s'endort sur les fortifications, près de la porte d'Ivry, à environ 4 mètres du fossé. Il dit ne pas être en état d'ivresse. Sans qu'il puisse savoir comment s'est produit l'accident, qui aurait eu lieu vers 10 heures, il se réveille brusquement au fond du fossé, qui mesure environ 8 mètres de profondeur à ce niveau. Il éprouve une vive douleur au niveau de la cuisse gauche, qui est pliée sous le corps, mais il ne ressent aucune douleur dans l'abdomen. Il appelle au secours; on le transporte dans un poste et on appelle des secouristes français qui revenaient de la fête de Bicêtre et lui font un appareil provisoire pour sa fracture de cuisse.

Pendant tout ce temps, le malade ne se plaint absolument que de la cuisse; il ne souffre pas dans l'abdomen, il n'a pas de tendance à la syncope, pas de bourdonnements, ni de sifflements d'oreille, pas de nausées; seulement, dès son arrivée au poste, il éprouve une soif vive, et se sent faiblir progressivement.

Il est transporté à Ivry, où l'interne de garde le reçoit vers 1 h. 1/2 du matin.

La fracture à la partie moyenne de la cuisse gauche est facile à constater. Il existe aussi quelques petites écorchures superficielles sur les parties latérales du dos.

Le malade présente des signes très nets d'hémorragie interne. Le visage est décoloré, les lèvres blanches, les extrémités froides, la peau recouverte de sueur froide; le pouls = 120; température 36°2. Le malade est très faible, il s'exprime à voix basse et entrecoupée, à chaque instant ses paupières retombent sur ses yeux. Pas de dyspnée. Le malade n'a ni craché, ni vomi, ni uriné le sang. Cependant, en pratiquant l'évacuation de la vessie, on constate que les urines sont sanguinolentes. Le ventre est tendu, très peu sensible; peut-être la sensibilité est-elle un peu plus marquée à l'hypocondre gauche. Matité à concavité supérieure occupant les deux fosses iliaques.

On pratique une injection de sérum de 1 lit. 1/2 dans le tissu cellulaire sous-cutané. On entoure le blessé de boules d'eau chaude. On calme la soif par un Todd donné à doses fractionnées.

J'arrive à l'hospice d'Ivry à 4 h. 1/2 du matin. Il n'y a aucun doute sur la nécessité d'une intervention immédiate. Le blessé a tous les signes d'une très grave hémorragie, et je crains qu'il ne puisse supporter l'opération, tant l'état de faiblesse est grand. Il existe à ce moment de la dyspnée, le pouls est senti très difficilement. Je ne peux, d'après mon examen, préjuger du siège de l'hémorragie, mais je suis bien

décidé à me porter d'emblée vers le foie et la rate, par une laparotomie sus-ombilicale.

Opération. — Avant l'administration du chloroforme, je dispose tout pour pratiquer une injection de sérum intra-veineuse dans l'une des veines du pli du coude (médiane céphalique). Pendant toute la durée de mon intervention, l'appareil fonctionnera. La paroi abdominale est nettoyée comme pour toute laparotomie. J'incise la paroi sur la ligne médiane sur une étendue de 20 centimètres environ; cette incision occupe la région sus-ombilicale, elle passe à gauche de l'ombilic et est prolongée un peu au-dessous de l'ombilic. Le péritoine, distendu par le sang, a pris une teinte violacée. On ouvre alors la cavité péritonéale, d'où il s'écoule une énorme quantité de sang noir liquide, qui sort en bouillonnant. Il semble que le sang vient du côté gauche, sous le diaphragme, dans la région de la rate, aussi est-ce de ce côté que je porte d'abord mes recherches. La rate est si haut placée sous le diaphragme qu'il est difficile de l'explorer; je constate cependant l'existence d'une fissure sur sa face externe; mais c'est surtout avec la main profondément engagée sous le rebord costal que je peux explorer l'organe, et que je trouve une déchirure étendue de son pôle supérieur, qui continue à verser du sang dans l'abdomen. Il m'est impossible d'abaisser l'organe, son pédicule est court, je ne peux parvenir à l'amener au contact de la paroi abdominale.

Pour me donner du jour et faire la ligature du pédicule de l'organe, je fais tomber, sur la partie supérieure de ma première incision, une seconde incision oblique en bas et en dehors, parallèle au rebord costal gauche; elle mesure de 15 à 18 centimètres. Grâce à cette seconde incision, les manœuvres sont plus faciles; je saisis alors le pôle supérieur de la rate dans ma main gauche et je le comprime assez fortement pour empêcher la continuation de l'hémorragie; tandis qu'un aide refoule, à l'aide de compresses, les anses intestinales qui tendent à s'engager dans la plaie, je place, à l'aide de ma main droite, trois clamps sur les pédicules vasculaires; ces clamps sont immédiatement au contact de la queue du pancréas et de la grande courbure de l'estomac. Je sectionne les pédicules entre les clamps et le hile de la rate. Des ligatures faites à la grosse soie plate et fortement serrées sont substituées aux clamps. On en place trois principales et l'on fait, en outre, la ligature de deux vaisseaux isolés, qui ont glissé entre les mors des clamps et ont été saisis à l'aide de pinces de Kocher. J'éponge avec soin le sang épanché dans la région, mais je n'insiste pas pour évacuer, d'une façon complète, tout le sang épanché dans l'abdomen. J'explore la face supérieure du foie sans y rien rencontrer, j'explore le rein gauche, qui me paraît normal, j'examine enfin une dernière fois le pédicule vasculaire pour m'assurer que l'hémostase est complète. Je ferme la cavité abdominale par une suture en deux plans (musculo-séreuse et cutanée), et je draine l'hypocondre gauche à l'aide d'un gros drain placé à la partie déclive de l'incision latérale gauche. Pansement aseptique.

L'opération a duré une heure; le chloroforme a été bien supporté,

l'opération s'est poursuivie de façon normale; l'appareil à injection intra-veineuse de sérum artificiel a fonctionné pendant toute la durée de l'opération, le malade a absorbé par cette voie 2 lit. 1/2 de sérum. 1 lit. 1/2 a été administré en plus par la voie sous-cutanée. L'état du malade est aussi satisfaisant que possible à la fin de l'intervention.

Examen de la rate. — La rate présente à sa surface un certain nombre de craquelures, mais les lésions principales siègent au niveau du pôle supérieur de l'organe, dont le tiers supérieur a été fragmenté en plusieurs morceaux de dimensions inégales, qui ne tiennent plus au reste de la glande que par des vaisseaux qui ne se sont pas rompus au moment de l'accident. On conçoit aisément, d'après cette pièce, comment des fragments ont pu devenir libres et flottants dans l'abdomen. La consistance de la rate m'a paru absolument normale.

Suites opératoires. — Le lundi 23, soif vive, vomissements bilieux, hoquet. Une selle normale dans la soirée. Urines normales, 1 litre dans la journée. Pas de douleurs abdominales.

Le mardi 24 : température 38°2 le matin, pouls 130. Le soir, température 37°8, pouls à 120, ample, régulier. Disparition du hoquet et des nausées; urines abondantes; une selle; le ventre n'est pas sensible; le pansement n'est pas traversé, on n'y touche pas.

Mercredi 25 : le visage reprend une coloration plus normale. Pouls régulier et fort. Pansement sans changer de drain. Application de l'appareil d'Hennequin pour la fracture de cuisse.

Jeudi 26 : Drain remplacé par un autre de même longueur, mais de calibre un peu moindre.

Vendredi 27 : température 37°6 le matin, 38°5 le soir; le pouls oscille autour de 90 à 100, régulier et bien frappé. La soif a diminué; les urines sont abondantes, elles ne contiennent *ni albumine, ni sucre.* Ventre assez souple, sensibilité faible à la pression de l'hypocondre gauche. Le drain a été changé et remplacé par un autre de plus faible calibre.

Samedi 28. — Le drain est retiré, lavé et remis. Douleur à la pression dans l'hypocondre gauche. On fait sauter à ce niveau un fil profond.

Dimanche 27. — On fait sauter trois fils profonds au niveau de l'incision oblique latérale. On introduit une sonde cannelée pour décoller la plaie. Il sort la valeur d'un dé de pus crémeux. Drain et pansement humide.

Urines : 17 *grammes d'urée en vingt-quatre heures sur une quantité de* 1.600 *grammes.*

Le 8e jour : les fils de la paroi sont enlevés; on laisse un petit drain au niveau de l'abcès de la paroi. Bon état général.

Le 20 *septembre*, le malade marche avec des béquilles. La cuisse gauche est raccourcie de 2 centimètres environ. Cal volumineux sur la face antérieure de la cuisse. Il y a de la parésie des muscles innervés par le sciatique poplité externe et une diminution de sensibilité sur le territoire de ce nerf. Electricité.

Cicatrice abdominale parfaite. Les douleurs d'estomac, dont s'était plaint le malade, ont disparu.

Le 19 *octobre*, le malade sort ne se servant pas encore facilement de son membre dans lequel la motricité volontaire n'est pas complètement revenue.

J'ai reçu le 15 décembre dernier une lettre des parents de mon opéré, me disant qu'il est actuellement en Tunisie, dans un état très satisfaisant, mais la paralysie du pied a persisté.

M. Auvray fait suivre son observation de quelques réflexions. Il rappelle qu'avec le cas de Paul Delbet et celui d'une femme que j'ai opérée pour plaie de la rate par arme à feu, c'est le troisième cas de guérison en France de splénectomie pour lésion traumatique de cet organe.

Il ajoute que l'ablation de la rate semble n'avoir eu aucune influence définitive sur l'état du sang. C'est là un fait qui concorde avec ceux que nous avons publiés en collaboration avec notre ami Vaquez, dont la compétence en hématologie est bien établie (1).

Enfin il insiste sur la difficulté qu'il a eue à extirper la rate, retenue profondément par des mésos assez courts. Nous avons constaté le même fait dans la splénectomie que nous avons pratiquée pour plaie par arme à feu, difficulté que nous n'avions pas rencontrée dans deux cas de splénectomie pour rate mobile et dans un cas de splénectomie pour kyste hydatique dans une rate mobilisée.

Grâce à l'amabilité de M. Paul Lecène, un de nos meilleurs internes, je puis vous relater un deuxième cas inédit de splénectomie pour rupture traumatique de la rate.

Rupture traumatique de la rate. Splénectomie. Mort, par M. PAUL LECÈNE.

Le 9 avril 1900, étant de garde à l'hôpital Cochin, nous sommes appelé dans le service du Dr Schwartz, pour voir un malade dont l'état grave inspirait des inquiétudes à la surveillante. Il s'agissait d'un homme de trente et un ans, cordonnier, entré dans le service, à 3 heures du matin; dans une tentative de suicide, cet homme s'était jeté par la fenêtre et était tombé sur le pavé de la hauteur du second étage. Au moment de son entrée à l'hôpital, on avait constaté des fractures de côtes multiples du côté gauche (8e, 9e, 10e et 11e côtes). Le malade avait été vu à la visite du matin, le diagnostic de fractures de côtes confirmé, et on lui avait appliqué un bandage de corps en diachylon.

A 2 heures de l'après-midi, au moment où nous voyons le malade, son état paraît grave; le pouls faible est à 125, la température axillaire est de 37°9; les muqueuses labiales et conjonctivales sont décolorées; de plus le malade se plaint de douleurs dans l'hypocondre gauche; après enlèvement des bandes de diachylon, nous voyons que la

(1) Hartmann et Vaquez. « Les modifications du sang après la splénectomie », *Comptes rendus de la Société de biologie*, séance du 30 janvier 1897.

défense musculaire est très nette, à la moindre pression, dans tout le côté gauche de l'abdomen; le muscle droit de ce côté est absolument tendu et rigide; de plus la pression semble faire souffrir beaucoup le malade. A la base du poumon gauche il y a de la matité remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate, mais la percussion est difficile à cause des douleurs qu'elle réveille (fracture de côtes). Les urines sont normales et ne contiennent pas de sang. La constatation des signes abdominaux, douleur à la pression et surtout *contractture de la paroi*, jointe à la faiblesse et à la rapidité du pouls, nous font penser à une hémorragie interne et nous portons le diagnostic, hypothétique d'ailleurs, de rupture de la rate.

Nous faisons appeler le chirurgien de garde, le Dr Guillemain, qui arrive vers 5 heures; il confirme notre diagnostic et conclut, comme nous, à l'intervention immédiate.

Nous la pratiquons, en présence du Dr Guillemain, aidé de notre collègue et ami Tesson, à 6 heures du soir, soit quinze heures après l'accident.

Laparotomie sus-ombilicale; une grande quantité de sang liquide s'échappe au moment de l'ouverture du péritoine. Le foie présente, au niveau de la face antérieure de son lobe gauche, une légère fissure qui saigne peu, et n'a certainement pas pu donner lieu à elle seule à l'hémorragie intra-péritonéale. Pour explorer le reste du foie nous débridons la plaie sur la droite, à travers le muscle grand droit, et nous constatons l'intégrité des portions accessibles du foie et des voies biliaires. Comme le sang qui s'écoule encore nous paraît surtout venir de l'hypocondre gauche, nous nous dirigeons de ce côté, et nous débridons également l'incision primitive de ce côté. Il nous est alors facile d'introduire la main dans la loge splénique en suivant la grosse tubérosité de l'estomac, et nous sentons que la rate est complètement divisée en deux fragments qui tiennent encore au pédicule vasculaire : saisissant alors ce pédicule entre deux doigts, nous amenons très facilement la rate rompue dans la plaie, et après double ligature du pédicule à la soie, nous enlevons les deux fragments de la rate. Vérification de l'hémostase. Réunion en masse de la paroi. Drainage par un gros drain dirigé vers la loge splénique.

Le malade très faible après l'opération qui a duré quarante minutes, se relève un peu, après injection intra-veineuse de 1 litre de sérum.

Le lendemain matin le malade paraît mieux; son pouls est à 110, la température est à 38 degrés. Dans l'après-midi son état se modifie peu. On lui fait du sérum sous-cutané (deux fois 1 litre) ainsi que des piqûres de caféine. Néanmoins, il meurt dans la nuit du 10 au 11 avril (soit trente heures après l'opération).

L'autopsie nous permit de constater que le foie était normal, sauf la plaie superficielle de son lobe gauche (que nous avions d'ailleurs obturé avec un point de catgut et un peu d'épiploon). La loge splénique ne contient plus de sang et l'hémostase a été parfaite. L'intestin grêle et le gros intestin ne présentent aucune lésion traumatique; pas de péritonite. Dans le Douglas il y a encore un demi-litre de sang environ. Les

reins sont normaux; mais à gauche il y a une ecchymose capsulaire assez étendue.

Le cœur est sain. Pas de lésions d'orifice; mais il y a autour du péricarde et dans le médiastin antérieur une ecchymose étendue. La plèvre gauche contient environ 500 grammes de liquide; les 8e, 9e, 10e et 11e côtes de ce côté sont fracturées à leur partie moyenne et le poumon gauche congestionné et déchiré sur son bord convexe, au niveau de son tiers inférieur. Le poumon droit présente des lésions banales de congestion, aux deux sommets, tubercules discrets, quelques-uns calcifiés. Pas de lésions du cerveau ni de la moelle.

Dans ce deuxième fait, la terminaison fatale s'explique par la gravité du cas et la multiplicité des lésions constatées. Il y avait déchirure du foie, contusion du rein gauche, fractures de côtes multiples, déchirure du poumon, etc.

La relation de ces deux cas soulève la question de la *conduite à tenir en présence d'une rupture de la rate.*

1° Faut-il intervenir?

2° Si l'on intervient, quelle est l'opération qu'il faut pratiquer?

Avant d'aborder la question de la *nécessité d'une intervention opératoire*, nous devons rechercher si les ruptures de la rate ne peuvent pas guérir spontanément.

Lewerenz, dans son mémoire publié l'an dernier (1), a réuni un certain nombre de cas de guérisons spontanées dus à Gunther, à Junginckel, à Hyde Salter, à Kernig, à K. Müller, à Silberstein, à Rose, à Grotanelli, à Wüstefeld, à Weinhold, à Satler, à Stromeyer, à Stendel, etc.

Bon nombre de ces faits peuvent paraître suspects; il n'en est pas de même de ceux où, la mort étant survenue pour une tout autre cause; on a pu sur la table d'autopsie constater l'existence d'une rupture de la rate en voie de guérison ou même guérie.

Tel le cas de Descout, d'un homme chez lequel on constate une rupture de la rate guérie trois semaines après l'accident (2). Tel encore celui de d'Arcy Power, où l'on trouve dix semaines après l'accident une déchirure de la capsule splénique fermée par un tissu cicatriciel blanc grisâtre (3). Enfin, plus récemment, Oscar Heuggeler a publié l'autopsie d'une rupture de la rate en voie de guérison. Le malade avait succombé à un cancer du foie quinze jours après un accident, et à l'autopsie on put constater l'exis-

(1) Lewerenz. Ueber die chirurgische Behandlung subcutaner Milzrupturen, *Archiv f. klin. Chir.*, Berlin, 1900, t. LX, p. 951.

(2) Descout. *Semaine médicale*, Paris, 1890.

(3) D'Arcy Power. *British med. Journ.*, London, 1890, t. I, p. 295.

tence d'une déchirure de la rate fermée par un thrombus (1).

La possibilité de la cicatrisation spontanée des ruptures de la rate est donc aujourd'hui bien établie, et les faits récents que nous venons de relater ne font que s'ajouter à ceux publiés dès 1855 par E. Collin (2).

L'arrêt spontané de l'hémorragie par un thrombus ne permet cependant pas d'affirmer la guérison et l'on a vu, dans ces cas relativement heureux, des accidents tardifs survenir et nécessiter une opération.

Lampe a dû réséquer la onzième côte pour ouvrir une grosse collection suppurée sous-phrénique au milieu de laquelle nageait la rate rupturée (3).

Riddle Goffe a de même vu ouvrir une péritonite suppurée enkystée trois semaines après l'accident (4).

L'arrêt spontané de l'hémorragie est toutefois exceptionnel et ne se rencontre guère que dans les cas bénins, souvent du reste non diagnostiqués; ce sont quelquefois de simples trouvailles d'autopsie. La rupture grave de la rate, celle qui se traduit par des symptômes importants, celle pour laquelle on appelle immédiatement le chirurgien, a une issue presque constamment fatale. Vigla réunit 17 cas, 17 morts (5); Collin 8 cas, 8 morts; E. Besnier 59 cas, 59 morts (6).

Comme le fait remarquer E. Vincent, cette mort est presque toujours le fait d'une hémorragie, 76 fois pour 13 morts par une autre cause (7).

L'indication opératoire est donc évidente; l'hémorragie grave étant l'indication primordiale de la chirurgie d'urgence.

Afin de pouvoir apprécier la valeur de l'intervention et d'en déterminer le mode, nous avons fait quelques recherches qui nous ont permis de réunir trente-huit interventions pour ruptures de la rate.

Ces interventions ont été assez diverses : certains chirurgiens se sont contentés d'évacuer l'épanchement sanguin, y adjoignant quelquefois le lavage et le drainage de l'abdomen (4 cas, 3 morts, 1 guérison); d'autres ont lié les vaisseaux du hile (1 cas, 1 mort); d'autres ont suturé la déchirure (1 cas, 1 mort); d'autres ont fait

(1) Oscar Heuggeler. *Correspondenz-Blatt für schweizer Ærzte*, Basel, 1896, p. 758.

(2) E. Collin. *Mém. de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1855.

(3) Lampe. *Münchener med. Wochenschr.*, 1895, n° 20, p. 461.

(4) J. Riddle Goffe. *Medical News*, Philadelphie, 24 décembre 1898, p. 831.

(5) Vigla. *Arch. gén. de médecine*, décembre 1843 et janvier 1844.

(6) E. Besnier. *Dict. encyclopéd. des sciences médicales*, 1875, article « Rate ».

(7) E. Vincent. *Revue de chirurgie*, Paris, 1893, t. XIII, p. 449 et 579.

le tamponnement (4 cas, 3 morts, 1 guérison); le plus grand nombre ont pratiqué la splénectomie.

Celle-ci a donné des résultats assez encourageants : sur 29 cas, 17 guérisons, 12 morts. C'est, suivant nous, l'opération de choix. Nous possédons aujourd'hui des faits assez nombreux pour savoir que l'ablation de la rate est compatible avec l'existence et n'entraîne pas les troubles graves qu'on lui attribuait autrefois. Il n'y a donc pas de contre-indication physiologique à l'opération qui, lorsqu'elle est suivie de succès, est une intervention réellement curative. La suture de la déchirure splénique, de même que son tamponnement, sont, au contraire, des opérations quelquefois difficiles, vu la friabilité du tissu splénique, et aléatoires alors même que ces interventions semblent devoir être couronnées de succès, une rupture postérieure pouvant très bien passer inaperçue. Le fait de Lamarchia qui sutura une déchirure antérieure et vit ensuite son malade succomber à une hémorragie provenant d'une déchirure postérieure en est la preuve.

La gravité de la splénectomie dans les ruptures de l'organe vient de raisons diverses suivant les cas.

Lors de rupture d'une rate saine, elle résulte de ce que cette rupture ne s'observe le plus souvent que concomitamment à d'autres lésions traumatiques graves, la rate normale étant petite et protégée par le gril costal contre les chocs, ne pouvant par suite être atteinte que par des traumatismes considérables.

Lors de rupture de rate pathologique, plus grosse, plus accessible aux traumatismes, plus facilement rupturable, si facilement même que l'on a décrit des ruptures spontanées de l'organe, la gravité de la splénectomie tient aux conditions anatomo-pathologiques même de l'organe.

Cette distinction entre les lésions observées, que nous mentionnons comme facteurs de gravité, a son intérêt aussi au point de vue de l'intervention.

Aussi, tout en concluant que la splénectomie, que nous avons regardée comme le traitement de choix des ruptures, est la seule opération indiquée pour les cas semblables à celui de M. Auvray, rupture traumatique d'une rate saine non adhérente, nous pensons que, dans certains cas de rate grosse, largement adhérente, avec rupture peu étendue, il sera plus sage de tenter la suture, recourant même simplement à la cautérisation et au tamponnement, ou même à l'application de gélatine chaude, si la minceur de la capsule, la friabilité de l'organe, le siège peu accessible de la lésion semblent montrer que la suture même est à peu près impossible. Quant à la ligature des vaisseaux spléniques, elle expose au sphacèle de l'organe et ne doit être regardée que comme

un pis-aller, dans des cas où toute autre opération semble impossible et où l'existence d'adhérences péri-spléniques fait espérer le rétablissement d'une circulation collatérale pouvant assurer la nutrition de l'organe.

Dans tous les cas, quelle que soit l'opération pratiquée, comme on se trouve en présence de malades profondément anémiés, on se trouvera bien de l'emploi d'injections de sérum physiologique à haute dose.

Splénectomies pour ruptures de la rate.

1. RODDICK. *Med. News*, 21 novembre 1885, T. XLVII, p. 581. Homme (?). Splénectomie. (Il y avait déchirure concomitante du rein constatée à l'autopsie.) . . . . Mort.
2. DEMOULIN. *In* Vanverts, *Th.* de Paris, 1897, p. 158. Homme, 51 ans. Splénectomie 5 jours après l'accident. . . . . . . Mort.
3. CROFT. *In* Mac-Cormac, *Sammlung klin. Vorträge*, n° 316. Homme, 25 ans. Splénectomie 13 heures après l'accident . Mort.
4. LANE. *Lancet*, 1892, T. I, p. 692. Homme, 15 ans. Splénectomie. . . . . Mort.
5. — *Id.* Homme, 4 ans. Splénectomie. . . . . Mort.
6. STRANGE et WARE. *Brit. med. J.*, mai 1897, T. I, p. 1088. Homme, 51 ans. 1 heure après l'accident, splénectomie pour rupture de rate malarique adhérente . . . . Mort.
7. TRENDELENBURG. Gottschalk, *Th.* de Bonn, 1893. Homme, 45 ans. Splénectomie 29 heures après l'accident pour rupture de rate hypertrophiée . . . . Mort.
8. BARDENHEUER. *Deutsch. med. Woch.*, 1897, p. 154. Homme, (?). Splénectomie. . . . . Mort.
9. LEWERENZ. *Archiv. f. klin. Chir.*, 1900, T. LX, p. 951. Homme, 27 ans. Splénectomie 2 heures après l'accident. . Guérison.
10. RIEGNER. *Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 8. Homme, 14 ans. Splénectomie 24 heures après l'accident. . . . . . Guérison.
11. BARDENHEUER. *Deutsch. med. Woch.*, 1897, p. 154. Homme (?). Au 11ᵉ jour, splénectomie . . . . Guérison.
12. HEATON. *Brit. med. J.*, 1899, T. II, p. 476. Homme, 9 ans 1/2. Splénectomie 5 heures 1/2 après l'accident. . . Guérison.
13. PAUL DELBET. *Bull. Acad. méd.*, 1898, T. XL, p. 711. Homme, 16 ans. Splénectomie 6 heures après l'accident. Guérison.
14. SAVOR. *Centr. Bl. f. Gyn.*, 1898, p. 1305. Femme, 31 ans. Splénectomie 18 heures après l'accident chez une femme enceinte de 6 mois. . . . . Guérison.
15. BECK. *Münch. med. Woch*, 1897, p. 1319. Homme, 19 ans, Splénectomie. . . . . Guérison.
16. PITTS et BALLANCE. *Clinical Society of London*, 1896, T. XXIX, p. 77. Homme, 10 ans. Splénectomie 5 jours après l'accident. . . . . Guérison.

17. — *Id.* Femme, 45 ans. Splénectomie . . . . Guérison.
18. — *Id.* Homme, 36 ans. Splénectomie . . . . Guérison.
19. BALLANCE. *The Practitioner*, avril 1898, p. 797. Homme, 10 ans. Splénectomie après 24 heures . . . . Guérison.
20. M. MADLENER. *Münchener med. Woch.*, 1899, T. II, p. 1415. Femme, 57 ans. Splénectomie 7 heures après l'accident. . Guérison.
21. EIGENBRODT. *Deutsch. med. Woch.*, 1899, p. 653. Homme, 35 ans. Splénectomie 5 heures après l'accident. . . . . . Mort
22. TRENDELENBURG. *Deutsch. med. Woch.*, 1899, p. 654. Homme, 21 ans. Splénectomie 28 heures après l'accident. (A l'autopsie, on trouve une grosse fissure du lobe gauche du foie.) . . . . Mort.
23. — *Id.* Homme, 17 ans. Splénectomie 5 heures après l'accident . . . . Guérison.
24. — *Id.* Femme, 7 ans. Splénectomie et néphrectomie. (A l'autopsie, lésions du foie et du poumon.). . . . . . . Mort.
25. PERTHES. Cité par Trendelenburg, *id.* Homme, 18 ans. Splénectomie 24 heures après l'accident . . . . Guérison.
26. KRABBEL. *Deutsch. med. Woch.*, 1899, p. 587. Homme, 9 ans 1/2. Splénectomie 3 h. 1/2 après l'accident. . . . . Guérison.
27. RUTHERFORD MORISON. *Lancet*, 1899, T. I, p. 27. Homme, 16 ans. Splénectomie 11 heures après l'accident. . . . . . Guérison.
28. LECÈNE. *Inédite.* Homme, 31 ans. Splénectomie 24 heures après l'accident. . . . . Mort.
29. AUVRAY. *Inédite.* Homme, 18 ans. Splénectomie 6 heures après l'accident . . . . Guérison.

Simple évacuation du sang après rupture de la rate.

1. PAGE. *Clinical Society of London*, 1892, T. XXV, p. 172. Homme, 14 ans. Cœliotomie. Lavage boriqué de l'abdomen. Mort.
2. MAC-KELLAR. Cité par Mac-Cormac, *Sammlung klin. Vorträge*, n° 316. Homme, 57 ans. Cœliotomie 29 heures après l'accident. Drainage . . . . Mort.
3. VINCENT. *Revue de chirurgie*, 1893, XIII, 452. Homme, 37 ans. 10 jours après l'accident, cœliotomie. Évacuation d'une grosse collection sanguine. Lavage. Drainage . . . . Guérison.
4. RICARD. *In* Vanverts, *Th.* de Paris, 1897, 33. Homme, 45 ans. Cœliotomie 48 heures après l'accident. Évacuation du sang; on ne voit pas de rupture de la rate. (Il y avait des ruptures concomitantes du rein et du pancréas, constatées à l'autopsie.). . . . . Mort.

Tamponnement pour rupture de la rate.

1. PIERSON. *New-York med. Journ.*, 1896, Homme, 10 ans. Cœliotomie 20 heures après l'accident. Rate rompue. Tamponnement. . . . . Guérison.
2. A. GERSTER. *Mount Sinai hosp. Reports*, 1898. Femme,

4 ans. Cœliotomie 48 heures après l'accident. Tamponnement. Mort.

3. LOISON. *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1901, T. XXVII, p. 40. Homme, 23 ans. Tamponnement de la rupture 24 heures après l'accident . . . . Guérison.

Suture d'une rupture de la rate.

1. LAMARCHIA. *Centr. Bl. f. Chir.*, 1896. Homme, 15 ans. Cœliotomie pour rupture de rate malarique. Suture d'une déchirure antérieure, continuation de l'hémorragie par une déchirure postérieure restée inaperçue. . . . . Mort.

Ligature du hile pour rupture de la rate.

1. BATTLE. *Med. Press and Circular*, 1893, T. LV, p. 403. Homme, 40 ans. Cœliotomie. Rate adhérente. Ligature des vaisseaux du hile. . . . . Mort.

M. LEJARS. — A propos de ces accidents tardifs des ruptures spléniques, que M. Hartmann vient de signaler, je désirerais vous communiquer le fait suivant.

Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, que j'opérai, à l'hôpital Beaujon. Il était entré dans un service de médecine, pour des accidents péritonéaux, et voici ce que l'on découvrit. Dix jours avant, il avait fait une chute violente sur le côté gauche du tronc, et, à la suite, il avait dû rester plusieurs jours alité, sans se faire soigner, d'ailleurs; puis, la douleur s'atténuant, il avait repris tant bien que mal son travail. Depuis quelques jours, les accidents avaient reparu et s'étaient aggravés: vomissements, mauvais pouls, facies grippé, augmentation rapide de volume du ventre. On trouvait dans l'hypocondre et le flanc gauches une tumeur énorme, tendue, douloureuse, qui se prolongeait au delà de la ligne médiane.

Je fis une laparotomie latérale sur la voussure, et je tombai sur une poche adhérente à la paroi, que j'ouvris largement; il en sortit une quantité considérable de sang noir et de caillots, et je pénétrai dans une cavité qui occupait exactement la région splénique. Naturellement, aucune hémorragie ne se produisant dans la profondeur, je ne cherchai pas la déchirure, et je me contentai de drainer la poche. La guérison eut lieu sans incident, et s'est maintenue.

Il me paraît donc probable que j'ai eu affaire, dans ce cas, à une rupture splénique, l'hémorragie primitive s'étant enkystée. Toujours est-il qu'au bout de peu de temps des accidents graves se reproduisaient, et nécessitaient l'intervention d'urgence.

M. TERRIER. — Je puis vous rapporter un cas de rupture de la

rate survenu dans des conditions étranges. Je crois même en avoir déjà parlé à la Société de chirurgie. Une dame prenait une douche lorsqu'elle reçut un jet violent sur le flanc gauche, où on vit apparaître bientôt de la tuméfaction, puis une véritable tumeur qui augmenta progressivement.

Je dus intervenir par la laparotomie, et je trouvai sous la capsule de la rate une énorme collection sanguine. Je fis une simple incision, évacuai et drainai la collection sanguine, sans recourir à la splénectomie. L'opérée a parfaitement guéri.

Je demanderai à M. Hartmann s'il a utilisé les solutions de gélatine chaude, dont il nous a parlé.

M. Hartmann. — Je ne m'en suis jamais servi moi-même, mais j'ai cru devoir les conseiller, en face de l'insuffisance du tamponnement, et parce que l'efficacité de ces solutions de gélatine est aujourd'hui établie expérimentalement dans les cas d'hémorragie consécutive à des lésions viscérales.

M. Moty rapporte l'observation d'un militaire blessé d'un coup de feu par balle au flanc gauche avec projectile perdu, pendant la retraite de Langson, et mort trois semaines après du choléra à l'ambulance de Phu-Lang-Thuong, après avoir présenté de l'épanchement dans la plèvre gauche.

L'autopsie révéla une section complète de la rate par le projectile à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs; il n'y avait pas d'épanchement notable de sang dans l'abdomen et les deux surfaces de section, irrégulières et mamelonnées, étaient parfaitement sèches et semblaient en voie de cicatrisation. Aucune intervention n'avait été faite, la rate était un peu indurée, mais trés modérément hypertrophiée.

1° *Contusion de l'abdomen. Contracture de la paroi abdominale. Cœliotomie. Tamponnement d'une déchirure du foie*, par M. le Dr Mauclaire.

2° *De la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval*, par M. le Dr Roger (d'Agde).

Rapport par M. HARTMANN

En octobre 1898, je vous ai dit qu'*en présence d'une contusion de l'abdomen*, je considérais, *en l'absence de tout autre symptôme, l'existence d'une contracture de la paroi, non limitée au point contus, comme l'indication nette d'une cœliotomie immédiate.* Au contraire,

en l'absence de contracture, quels que soient les commémoratifs, je m'abstiens de toute intervention.

Peu de temps après cette communication, notre collègue M. Mauclaire et le Dr Roger (d'Agde) nous envoyaient des observations venant à l'appui de mes assertions.

1° *Contusion de l'abdomen. Contracture de la paroi abdominale. Intervention permettant de tamponner une déchirure du foie. Mort,*
par M. Mauclaire.

Il s'agit d'un ouvrier qui fut tamponné au niveau de la région gastro-hépatique par un wagon, dans la matinée du 10 novembre dernier. Le blessé est transporté à l'hôpital Boucicaut. et sur la demande de M. Marchant nous examinons le malade huit heures après l'accident. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la contracture intense et la sensibilité de la paroi abdominale au niveau de la région gastro-hépatique : c'est en ce point que le choc s'est produit. Il existe une légère ecchymose au-dessus de l'ombilic. La contracture et la sensibilité de la paroi sont bien moins marquées à la partie inférieure de l'abdomen. Les traits sont tirés, la respiration fréquente, le pouls fréquent, petit. Pensant à une lésion gastrique ou intestinale, nous intervenons immédiatement par une large incision d'abord sus-, puis sous-ombilicale. Il y a près de deux litres de sang dans la cavité abdominale; tout l'intestin grêle est éviscéré, les vaisseaux du mésentère sont intacts. Incision transversale complémentaire permettant d'explorer la face intérieure du rein droit, qui paraissait être le siège de l'hémorragie. Finalement, grâce à une lampe électrique portative, nous trouvons une longue déchirure du foie au niveau du ligament supérieur, et cependant, dès l'ouverture de l'abdomen, nous avions examiné la face inférieure de cet organe. Il est vrai que la chloroformisation étant difficilement supportée, le malade faisait de violents efforts qui gênèrent l'exploration. La plaie hépatique fut tamponnée. Injections nombreuses de sérum. Les jours suivants le malade paraissait en voie de guérison, mais il succomba le quatrième jour,

2° *De la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval,* par le Dr Roger (d'Agde).

Le 25 octobre dernier, je terminais à peine la lecture du *Bulletin de la Société de chirurgie* du 19 octobre, lorsque je fus appelé en toute hâte auprès du nommé D..., âgé de 65 ans, de M..., qui venait de recevoir un violent coup de pied de cheval dans la fosse iliaque droite, à 2 heures de l'après-midi (une heure environ après son dernier repas).

Ce malade fut pris de vomissements quelques instants après l'accident. Ces vomissements, d'abord alimentaires, commencèrent à devenir bilieux dès mon arrivée. Il était 5 heures du soir. Pas d'ecchymose, ni de lésion cutanée même légère. Le facies est peu modifié, les extrémités sont chaudes, le pouls sans fréquence et régulier. Température 37°4. Le palper local fait constater une douleur vive qui remonte jusqu'à l'om-

bilic et sous la pression digitale on perçoit une contracture très accusée qui occupe une grande partie du flanc droit.

En raison de ce *symptôme si bien caractérisé*, je fis part à la famille de la gravité de la situation et de la nécessité immédiate d'une intervention chirurgicale. Mais en présence de l'état général du malade, qui *paraissait pour l'entourage aussi satisfaisant que possible*, l'opération ne fut pas acceptée. Application de glace sur le ventre. Opium à l'intérieur et boissons glacées.

Le lendemain matin, je vis le malade de très bonne heure, son état s'était notablement aggravé; les vomissements bilieux avaient continué toute la nuit. Température 36°8. Pouls petit, fréquent. Les extrémités commençaient à se refroidir; il était déjà survenu un météorisme considérable. Je tentai un nouvel effort auprès de la famille pour intervenir, tout en la prévenant que l'opération n'offrait plus les mêmes chances de succès que la veille; elle fut encore refusée.

A partir de 11 heures, les phénomènes de péritonite s'aggravèrent avec une rapidité étonnante, et le malade mourait vingt-quatre heures après l'accident.

Ce fait me paraît bien concluant et démontre, comme l'a si bien dit M. Hartmann : « qu'en présence d'une contusion de l'abdomen, en l'absence de tout autre symptôme, l'existence d'une contracture de la paroi, non limitée au point contus, devient l'indication nette d'une laparotomie immédiate ».

J'ai attendu un temps assez long pour vous rapporter ces deux observations. C'est que je voulais y joindre une statistique personnelle.

En 1898, bon nombre d'entre vous, tout en reconnaissant l'importance de la contracture, tout en spécifiant qu'ils l'avaient depuis longtemps décrite, ont semblé croire que la règle opératoire que je posais était par trop absolue et que l'on ne pouvait accorder une pareille importance à la contracture au point de vue de l'indication opératoire.

Je vous apportais cependant à cette époque (1) une série de 10 cas où je m'étais fondé pour prendre ma décision uniquement sur l'existence ou l'absence de la contracture, et la suite des événements m'avait toujours donné raison.

Depuis cette époque, mon élève Gosset et moi avons pris note de *tous les cas de contusions abdominales* qui se sont présentés à nous à l'hôpital; *quel que fût l'état des malades, nous n'avons opéré que lorsqu'il existait de la contracture de l'abdomen, nous ne sommes jamais intervenus lorsque cette contracture n'existait pas.*

Voici quels furent les résultats sur une série de 27 cas de contusions abdominales transportées à l'hôpital au cours de ces deux dernières années.

(1) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1898, p. 882.

10 CAS DE CONTRACTURE ABDOMINALE.

De ces 10 cas, 9 ont été opérés et nous avons pu, soit M. Gosset, soit moi, constater :

5 fois, 1 rupture de l'intestin grêle (1 guérison, 4 morts).
2 fois, 1 rupture du foie (1 guérison, 1 mort).
1 fois, 1 rupture du mésentère (1 mort).
1 fois, 1 rupture intra-péritonéale de la vessie (1 guérison).

Dans le dixième cas, il s'agissait d'un malade qui refusa toute intervention; il se trouvait très bien, n'avait pas vomi, ne souffrait pas; le pouls était normal, de même que la température, mais il avait de la contracture. Nous ne pûmes le convaincre de la nécessité d'une intervention immédiate et il succomba à une péritonite consécutive à une rupture de l'intestin grêle.

17 CAS SANS CONTRACTURE ABDOMINALE.

Dans ces 17 cas, nous nous sommes abstenu de toute intervention ; les 17 malades ont guéri, bien que 2 d'entre eux aient eu une rupture du rein, comme le prouva l'hématurie consécutive.

Vingt-sept cas actuels et 10 communiqués en 1898 font 37. Voilà donc une série de 37 cas pour lesquels mon absolutisme dans la valeur du signe CONTRACTURE au point de vue intervention n'a pas une fois été mis en défaut. Plus qu'il y a deux ans, je viens donc vous affirmer ma conviction dans la valeur de ce signe.

Je crois seulement que, pour en tirer des conclusions, il faut le constater en s'entourant de certaines précautions.

Plusieurs fois j'ai été appelé pour opérer une contusion de l'abdomen présentant, me disaient mes internes, de la contracture ; or, celle-ci n'existait pas ; il s'agissait, ou de contracture localisée, ou de contracture provoquée par l'exploration.

Pour éviter de provoquer une contracture par l'exploration, il faut avoir soin de ne pas appliquer une main froide sur la paroi abdominale ; il faut encore veiller à ne pas exercer une pression brusque en un point localisé comme cela arrive lorsqu'on cherche la contracture avec l'extrémité des doigts.

Il faut, après avoir réchauffé la main, la poser doucement sur le ventre, bien à plat, puis, la main restant immobile, explorer très doucement la paroi au point de vue de sa tension. Constatée avec ces précautions, la rigidité de la paroi a une existence bien réelle et n'est pas une contracture déterminée par l'exploration. Pour qu'elle acquière une valeur diagnostique, *il faut qu'elle ne soit pas limitée au point contus*, mais qu'elle soit généralisée à tout le ventre.

Constatée dans ces conditions, *la contracture indique l'existence*

d'une lésion intra-péritonéale et suffit, en l'absence de tout autre symptôme, pour indiquer la nécessité d'une opération immédiate. Son absence exclut pour nous toute idée d'intervention.

Discussion.

De l'hystérectomie dans la métrite puerpérale aiguë compliquée d'accidents septicémiques.

M. TUFFIER. — Je vous ai présenté le 26 juillet 1899 (1) trois observations ayant trait à cette thérapeutique, et j'ai essayé d'appeler l'attention de nos collègues sur cette question délaissée en France et à l'étranger. J'ai complété cette communication par un travail paru dans la *Revue de Gynécologie* (2), et par la thèse de mon interne, M. Bonamy (3).

Depuis ces mémoires, d'autres observations et quelques travaux intéressants ont été publiés à l'étranger, je me suis tenu au courant de cette question, j'ai eu l'occasion de pratiquer une nouvelle opération de ce genre, et notre collègue Picqué a bien voulu rappeler mes premiers essais. Je vais donc reprendre cette question au point où je l'ai laissée devant vous et examiner en quoi les documents nouveaux doivent modifier nos opinions.

Si notre premier mémoire n'a pas eu d'écho dans cette Société, ce n'est certes pas que la question de l'intervention dans l'infection puerpérale soit quantité négligeable. Sans doute les statistiques de nos belles installations obstétricales sont remarquables, je crois qu'il en est de même à l'étranger, et cependant les statistiques anglaises accusent une mortalité par infection purulente de plus de 1.000 femmes par an et les chiffres officiels publiés en Allemagne donnent 12.000 à 15.000 accouchements suivis de septicémie, sur lesquels 4.000 à 5.000 parturientes succombent, et encore les infections puerpérales consécutives aux avortements ne figurent-elles pas dans cette statistique (4).

(1) Tuffier. De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1er août 1899, t. XXV, nº 29, p. 795.

(2) Tuffier et Bonamy. De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, *Rev. de gynéc. et de chir. abdom.*, août 1899, nº 4, p. 579.

(3) R. Bonamy. De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë, *Thèse*, Paris, 1899.

(4) Voy. Prochownick. Die Ausschneidung der puerperalseptischen Gebärmutter (*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1899, Bd. IX, p. 757).

J'étudierai successivement devant vous les trois points suivants : 1° *l'opération est-elle justifiée?* 2° *quel procédé faut-il appliquer?* 3° enfin, je poserai la question des *indications* opératoires, question *capitale* et la plus difficile à établir.

1° *L'hystérectomie est-elle justifiée?* — Pour justifier l'ablation de l'utérus, il faut démontrer que son parenchyme infecté est la *cause* et la *seule* cause des accidents toxi-infectieux qui menacent les accouchées. L'*anatomie pathologique* des pièces enlevées permet seule d'établir cette justification. La clinique, en montrant la guérison des malades débarrassées de leur source d'infection, plaide bien en faveur de l'intervention, mais ses résultats sont critiquables, puisqu'on peut toujours nous objecter que les malades auraient pu guérir sans intervention radicale.

Des observations déjà nombreuses d'hystérectomies pour infection puerpérale qu'on a publiées, un bon nombre, il faut bien le dire, sont inutilisables, faute de détails ou de précision; elles ne sont pas comparables les unes aux autres, et sous le nom d'infection puerpérale on a étiqueté des cas de nature absolument dissemblables. Pour bien nous entendre sur les faits, il faut d'abord nous entendre sur les mots. Le nom générique d'infection puerpérale doit disparaître, et nous discutons ici sur l'ablation de l'utérus dans la *métrite aiguë avec accidents toxi-infectieux*, métrite *post partum* ou *post abortum*. Or, les observations montrant dans l'utérus même la source de l'infection de tout l'organisme ne manquent pas :

Cragin (*Amer. gynec. a. obstetr. Journal*, mars 1896) présente à la Société gynécologique de New-York deux utérus enlevés pour fièvre puerpérale : l'un d'eux était parsemé d'abcès.

Penrose (*Amer. Journ. of Obstetrics*, 1896, I, p. 673) trouve, dans la paroi postérieure d'un utérus enlevé par hystérectomie abdominale, juste au-dessous de la corne utérine gauche, un abcès aréolaire mesurant 5 et 4 centimètres de côté et recouvert d'une pseudo-membrane.

Davis (*Amer. Journ. of Obstetrics*, 1895, XXXI, p. 155) extirpe un utérus dans le parenchyme duquel existaient des abcès multiples.

Dans le cas de Stinson (*New-York medic. Record*, 1897, p. 203), les parois de l'utérus enlevé étaient très friables; dans la paroi gauche, près du fond, se trouvait un abcès; un autre abcès occupait la corne utérine gauche (abcès tubo-utérin); enfin l'ovaire gauche, du volume d'un œuf de poule, renfermait également un abcès.

L'opérée de Braun (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1897, p. 1327) était atteinte d'endométrite puerpérale diphtéritique (diagnostic fait pièces en mains), avec péritonite purulente consécutive.

Beaussenat (*in* N. Gheorghiu. — Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale, *Thèse*, Paris, 1900) trouve un abcès infiltré de pus et un utérus transformé en une véritable éponge purulente.

Goffe (*Medical News*, 28 janvier 1899) enlève un utérus dont la paroi, épaisse, est farcie d'abcès du volume d'un pois; autres abcès dans les trompes et dans les ovaires.

Champetier de Ribes (*Statistique de la Maternité de l'Hôtel-Dieu*, année 1897, n° 384, par Funck-Brentano), chez une femme morte de septicémie puerpérale et vainement curettée, trouve un utérus « infiltré de pus et transformé en une véritable éponge purulente; la muqueuse utérine est tuméfiée et grisâtre; le péritoine est sain, et il n'y a pas d'épanchement dans la cavité péritonéale ».

Dans le cas de Pourtalès (*Archiv f. Gynäk.*, 1899, T. LVII, p. 53), l'utérus présentait au niveau de l'insertion placentaire « des thrombus veineux, grands et petits, dont une partie était infectée : on y constatait une quantité de microbes, surtout à la surface interne de l'utérus ».

Dans l'observation I de Prochownick (*Monatschr. f. Gebursth. u. Gynäk.*, 1899, Bd IX, p. 17), « le parenchyme utérin est parsemé jusque dans la profondeur d'une multitude de petits abcès contenant du pus ou du sang fétide; nulle part il n'existe d'ulcération; il est probable, ajoute cet auteur, que dans les tentatives d'avortements faites par la malade, le placenta a été directement lésé et infecté; les foyers utérins contiennent des colonies pures de streptocoques ». — Dans son observation III, l'utérus était comme imbibé, jusque dans ses couches les plus profondes, de streptocoques; par contre, les sécrétions utérines renfermaient exclusivement des staphylocoques. Dans l'observation IV, le muscle utérin était parsemé de points jaunes verdâtres; la muqueuse et le suc obtenu par expression du parenchyme utérin renfermaient des streptocoques en quantité; le réseau veineux intra-musculaire et sous-séreux présentait de nombreux thrombus en voie de suppuration.

Faut-il vous rappeler la communication que notre collègue Picqué nous a faite dans la dernière séance (*Soc. de chir.*, 6 février 1901) où il nous a déclaré que les parois utérines étaient farcies de foyers purulents, dont l'expression faisait refluer du pus, dans un gros foyer intra-ligamentaire gauche avec lequel ils communiquaient?

Enfin, en dehors des cas dont j'ai rapporté jadis l'histoire, j'ai

opéré une malade envoyée de la ville à mon collègue Bonnaire : l'utérus était une éponge imbibée de liquide grisâtre.

A côté de ces faits dans lesquels l'utérus *était simplement infecté*, il en est d'autres où l'infection était compliquée de *rétention placentaire adhérente*. Tels sont les cas absolument probants de Vineberg (*New-York med. Journ.*, 1898, I, p. 457 et *New-York medic. Record*, 1898, I, p. 387), de Sippel (*Centralbl. f. Gynäk.*, 14 juillet 1894), de Bouilly (Wintrebert, De l'ablation de l'utérus dans les fièvres puerpérales, *Thèse*, Paris 1895), de Peterson (*Journ. of American medical Association*, 1895, T. XXV, p. 268), de Schultze (d'Iéna), d'Ypema, de Skutsch, de Roosemburg (ces quatre dernières observations rapportées dans la thèse de Wintrebert citée plus haut), de Lapthorn Smith (*Amer. Journ. of Obstetrics*, 1892, t. I, p. 43), enfin, de Döderlein (*Therap. Monatshefte* décembre 1899).

L'infection peut être facilitée ou aggravée par la présence de *fibromes* ou d'un *cancer*. — Dans un cas de fièvre puerpérale, le toucher intra-utérin dévoile à Stahl (*Festschrift für Hegar*, 1889) la présence de nombreux fibromes dans la paroi utérine; ces fibromes forment des recoins dans lesquels on sent des débris de caduque mous, faciles à écraser; malgré le curettage, l'infection persiste; l'hystérectomie abdominale montre que « la paroi utérine contient des noyaux fibromateux multiples; sa cavité est irrégulière; dans deux sinuosités plus considérables, il y a de nombreux fragments de tissu granuleux, fortement adhérents à la paroi utérine et subissant un commencement de décomposition; quelques noyaux fibromateux sont en voie de ramollissement. » — Döderlein (*Therapeut. Monatsheft.*, décembre 1899), chez une malade en pleine fièvre puerpérale, trouve un placenta absolument adhérent dans un utérus gros comme les deux pouces et farci de fibromes; hystérectomie abdominale; guérison. — Dans l'observation II de Prochownick (*loc. cit.*, p. 18), il y avait également une rétention placentaire, compliquée de fibrome; le fond de l'utérus extirpé était occupé par plus des 4/5 du placenta sphacélé, tandis que dans la région du col existait un gros fibrome, du volume du poing, mi-partie sous-muqueux, mi-partie interstitiel, dont la présence en ce point avait rendu absolument impossible l'extraction du placenta par les moyens habituels. La capsule de ce fibrome était déchirée (résultat du curettage?) et son contenu était mou et sphacélé. Partout, il y avait des quantités de streptocoques. — Je signalerai enfin, sans m'y arrêter davantage, les cas rapportés par Olshausen dans *Berl. Klin. Woch*, 1894, nº 50, et Schultze (59e *Naturforscher-Versammlung*, Berlin, 1886).

L'infection était compliquée de *cancer* dans le cas de Mittermaier (*Centralbl. f. Gynäk.*, 10 mars 1900, n° 10. p. 279). Dans ce cas, il s'agit d'une femme de quarante-sept ans qui, enceinte de six mois, est prise de frisson dans les premiers jours de Mai. Le 10 de ce mois, accouchement d'un enfant mort; le placenta ne vient pas; en outre, le médecin traitant constate l'existence d'un cancer du col. Le soir même, Mittermaier voit la malade, qui a un aspect misérable; la température est à 40°1, le pouls à 135; pas de frissons. L'utérus est volumineux (tête d'enfant); sur la lèvre postérieure du col, on trouve un noyau cancéreux; le col laisse passer deux doigts; léger écoulement de sang; réduction placentaire. Le lendemain matin, la température est au-dessus de 39 degrés. Mittermaier pense qu'il s'agit là d'une infection puerpérale partie du cancer, et il se décide à pratiquer l'hystérectomie vaginale. L'opération est facile; le soir même, la température tombe à 37 degrés; la malade guérit.

Enfin, Prochownick (*loc. cit.*, p. 22, obs. V) a pratiqué l'hystérectomie vaginale pour infection causée par une *môle hydatique* que des tentatives de curettage avaient été impuissantes à extraire; c'est à la suite de ces tentatives que débuta l'infection. Dès le début des accidents, Prochownick se décida à intervenir radicalement; sa malade guérit.

L'anatomie pathologique justifie donc l'ablation de l'utérus dans certains cas. La *clinique*, par la guérison des malades, par la disparition parfois immédiate des accidents septicémiques après l'opération, prouve que l'utérus était la *seule* source de la toxi-infection, telle, par exemple, ma première opérée qui passe, après l'hystérectomie, de 40°5 à 37 degrés et de 130 pulsations à 70 pour arriver à la guérison. La constatation précise de ces faits permet de conclure que l'hystérectomie pour infection puerpérale ne doit pas être rayée de la thérapeutique chirurgicale, si rares et si difficiles à poser que soient ses indications.

2° *Quelles sont donc ces indications? Quand devons-nous intervenir?* — C'est là que gît toute la difficulté, difficulté qui se retrouve ici comme d'ailleurs dans bien d'autres grandes opérations de chirurgie : est-ce que pour l'appendicite, les contusions de l'abdomen, ou même les simples luxations anciennes, cette même question de l'indication ne se pose pas aussi délicate? Ici son étude est particulièrement difficile, parce que ses conclusions sont aussi incertaines que graves et que la vie du malade ou la conservation d'un organe en sont l'enjeu; raison de plus pour l'aborder franchement et en montrer les incertitudes et les inconnues.

Existe-t-il un moyen pratique et certain, donné par la clinique ou par une exploration quelconque, qui nous permette de dire que les accidents septicémiques *post partum* sont justiciables de l'hystérectomie, et, pour bien préciser les faits, chez une nouvelle accouchée ou chez une femme qui vient d'avorter, qui présente des accidents septicémiques généraux et chez laquelle les moyens médicaux, la désinfection locale ont échoué, comment saurons-nous si nous devons pratiquer l'hystérectomie?

Depuis la publication de mon travail de la *Revue de Gynécologie* (août 1899), Prochownick a voulu résoudre la question par l'hémo-diagnostic, et, dans un mémoire remarquablement étudié (1), il nous dit : Toutes les fois que vous trouverez dans le sang du streptocoque, vous devez pratiquer l'hystérectomie, cette streptococcie étant l'expression d'une pyohémie dont le point de départ est dans l'utérus. Les faits qu'il rapporte sont intéressants, puisque toutes les femmes *non opérées* dans le sang desquelles il a trouvé du streptocoque sont mortes, tandis que toutes celles chez lesquelles l'examen du sang est resté négatif, sauf deux (péritonites purulentes par pénétration directe des streptocoques dans le péritoine à travers une déchirure intéressant à la fois le col et le cul-de-sac vaginal), ont guéri, malgré, parfois, l'existence des symptômes d'infection les plus graves.

J'ai voulu vous signaler ces faits, je ne les discute pas, parce que seuls les résultats hématologiques ont le droit de trancher cette importante question, et ces résultats, je ne les possède pas.

J'ai pourtant eu l'occasion d'observer ces jours derniers, à Beaujon, un fait qui montre la valeur que peut avoir l'examen du sang pour le diagnostic de l'infection puerpérale. Il s'agit d'une femme chez laquelle, après une tentative de forceps faite sans dilatation complète du col, on fut obligé de pratiquer la basiotripsie. Quarante-huit heures après on m'appelle : le ventre est ballonné, les extrémités froides, la température est à 36°5, le pouls est à peine perceptible; je refuse toute intervention et je me contente de faire une injection intra-veineuse de sérum artificiel. Le lendemain la température est à 37 degrés, mais, en faisant le pansement vaginal, on s'aperçoit que l'utérus, l'intestin et la vessie sont déchirés. La mort survint au 3e jour. Deux examens successifs du sang, faits par M. Castaigne, n'avaient pas montré le moindre streptocoque. Il s'agissait donc bien, dans ce cas, non d'une infection puerpérale, mais d'une péritonite septique suraiguë.

(1) Prochownick. « Die Ausschneidung der puerperal-septischen Gebärmutter » (*Monatschr. f. Geburth. ü Gynäk*, 1899, t. IX, p. 756, et t. X, p. 14).

Donc, en dehors de l'examen hématologique qui équivaudrait à une certitude, la clinique seule peut nous guider, et là il nous faut aller du simple au composé pour serrer d'aussi près que possible la certitude que nous ne pouvons atteindre.

Il est des cas sur lesquels nous pouvons nous entendre : ce sont ceux où la métrite aiguë septicémique est compliquée par la présence d'un placenta adhérent, d'une annexite suppurée, d'un fibrome sphacélé, ou même d'un cancer. — Mais, lorsque la métrite septique est seule en cause, la question est beaucoup plus difficile à résoudre. Ici la clinique seule permet de poser une indication, et ce sont nos collègues en obstétrique qui seuls sont compétents et juges. Pour ma part, dans les quatre cas pour lesquels je suis intervenu, l'utérus était seul en cause, l'hémodiagnostic étant négatif pour l'une d'elles. Le traitement habituel, lavages, curettages, sérothérapie, avait échoué; la température se maintenait, et surtout le pouls, qui nous est un témoin si fidèle de la gravité de l'infection, présentait les caractères de petitesse, de rapidité, de mollesse, inséparables des accidents toxi-infectieux de haute gravité. Tous les organes étaient indemnes, et vraiment la seule planche de salut, de l'aveu même des accoucheurs, était dans une intervention radicale.

S'il en était toujours ainsi, notre conduite serait relativement facile, et on dirait : tout autre moyen ayant échoué et la malade étant mourante, vous devez intervenir; mais, hélas! cette formule simpliste ne peut être admise parce qu'elle ne tient pas compte du moment opportun de l'intervention. Deux malades, sur mes quatre opérées, étaient dans un état si lamentable que pour l'une d'elles j'aurais dû refuser l'intervention. Il y a chez ces infectées une limite très restreinte de résistance; si vous la laissez trop s'abaisser, tout devient inutile. Peut-être, je le répète, l'examen du sang nous donnera-t-il sur ce sujet des données précieuses, mais, pour le moment, cette opportunité variera avec chaque médecin.

C'est assez vous dire quelles incertitudes planeront peut-être longtemps encore sur les indications de l'intervention, sur le moment où nous devons intervenir.

3° *Quelle est l'opération de choix contre la septicémie puerpérale?* — Dans mes trois premiers cas, j'ai fait l'hystérectomie vaginale, et j'ai indiqué dans mon premier mémoire les difficultés de l'opération, leurs causes et la façon d'y remédier; dans toutes les observations publiées la même friabilité des tissus, les mêmes dangers dans l'hémostase, les mêmes difficultés à reconnaître les bords de l'utérus ont été notés. Aussi n'hésiterais-je pas main-

tenant à recourir à l'hystérectomie par voie abdominale, ainsi que je l'ai fait dans mon quatrième cas (il est vrai que dans ce cas on avait également porté le diagnostic de péritonite généralisée par perforation appendiculaire). J'approuve M. Picqué d'avoir suivi cette voie ; elle permet de se rendre un compte plus exact des lésions, l'hémostase est faite plus nettement ; et, pour peu qu'on ait l'habitude de la chirurgie abdominale, l'opération sera aussi rapide. Je ne saurais trop insister sur la nécessité d'opérer vite chez ces malades affaiblies, intoxiquées et sans résistance. L'analgésie donnant le moins de choc serait la meilleure, et j'aurais recours à mon procédé d'analgésie par voie rachidienne. — Je ferais volontiers l'hystérectomie *subtotale.* M. Rochard a traité d'illogique ce procédé, je ne vois pas bien pourquoi. Sans doute, on laisse ainsi 1 centimètre de col, mais ce col est mou, large, et ne gêne en rien le drainage. Ce col est infecté, je le sais, mais tous les faits prouvent que c'est le corps et non pas le museau de tanche qui est la cause de la septicémie. L'opération ainsi faite est plus rapide, l'hémostase est bien plus facile à ce niveau que dans les énormes plexus veineux du fond du vagin, plexus gorgés de sang, et dilatés pendant la puerpéralité. D'ailleurs, au fond, cette discussion sur la valeur respective de l'hystérectomie abdominale totale et de la subtotale dans l'infection puerpérale ne mérite pas tant d'importance : le succès de l'intervention dépend de bien d'autres facteurs, gravité de l'infection, moment de l'intervention, habileté de l'opérateur, plutôt que du procédé opératoire employé. C'est ce qui ressort clairement de la *statistique* suivante (1) :

J'ai réuni un total de 45 interventions (2) qui ont donné, en bloc, 28 guérisons et 17 morts.

L'*hystérectomie abdominale* a été employée 23 fois : 12 fois on a eu recours à l'hystérectomie *abdominale totale* et 10 fois à l'hystérectomie *subtotale* (*supra-vaginale*). La première a donné 6 guérisons et 6 morts, la seconde 9 guérisons et 1 mort seule-

(1) Cette statistique n'est certes pas complète : il est des cas que nous n'avons pu y faire rentrer parce que les renseignements que nous possédons sur ces cas sont par trop sommaires. Zipperlen (Die Totalextirpation des septischen Uterus, *Thèse de Tübingen*, 1899) aurait réuni 74 cas d'interventions pour infection puerpérale avec 36 guérisons et 38 morts. Nous n'avons pu nous procurer ce mémoire.

(2) Nous ne comptons pas dans ce chiffre une laparotomie faite par Delétrez (*Ann. de la Soc. belge de Chir.*, 1899, n° 1) et qui fut suivie d'une simple libération d'adhérences avec ouverture d'abcès sous-péritonéaux multiples et drainage abdominal, guérison.

ment. 1 hystérectomie *avec pédicule externe* a donné un succès à Prochownick.

L'*hystérectomie vaginale* a été pratiquée 18 fois; résultats: 10 guérisons et 8 morts.

1 fois on fit *l'hystérectomie abdomino-vaginale* (Pryor): guérison.

Dans 3 interventions, enfin, la nature exacte de l'opération n'est pas spécifiée : nous savons seulement qu'on fit 3 *hystérectomies* avec 1 guérison et 2 décès.

Il est donc acquis que 28 femmes opérées par des chirurgiens expérimentés et traitées jusque-là sans succès suivant les meilleurs procédés habituellement employés contre l'infection puerpérale, ont été arrachées à la mort par l'hystérectomie.

En analysant d'ailleurs les *cas de mort*, nous voyons que dans les deux tiers des cas (12 sur 17) celle-ci est manifestement attribuable à ce fait que l'opération avait été pratiquée trop tard, l'infection ou l'intoxication des malades ayant déjà occasionné des dégâts irréparables (2 observations personnelles), Hartmann, Bouilly, Peterson, Stinson, Freund, Ypema, Braun, Weiss et Prochownick). — Chez ma dernière malade et chez celles de Braun et de Weiss il existait de la péritonite au moment de l'intervention; c'est ce qui explique que ces malades aient succombé malgré la précocité de cette intervention: tout au début (Weiss), 3 jours (obs. personnelle), 4 jours après le début (Braun). Dans les 8 autres cas énumérés plus haut, l'infection datait déjà de 6 jours (Prochownick), 7 jours (Bouilly), 8 jours (Freund), 9 jours (obs. personnelle, Peterson), 11 jours (Hartmann, Prochownick), 14 jours (Ypema) et même 21 jours (Stinson).

Sur les 5 cas restants, il faut noter 2 morts opératoires : Salus attribue la mort de sa malade, survenue par péritonite, au mauvais procédé employé, l'hystérectomie sus-vaginale n'ayant pas assuré un drainage suffisant. L'une de mes malades a succombé également à une péritonite post-opératoire, mais je ne puis vraiment en discuter les causes, l'autopsie n'ayant pas eu lieu. — Restent 2 cas de morts de Baldy sur lesquels nous n'avons aucun renseignement, et enfin un cas de Goffe sur lequel nous n'avons que des renseignements incomplets : mort au 36e jour (après l'opération? après l'accouchement?) d'épuisement et aussi des suites d'une pneumonie intercurrente.

Pour en terminer avec les cas de mort, disons que celle-ci est presque toujours survenue à très bref délai : dans les 48 heures après l'opération (moitié des cas) ou dans les 4 à 6 premiers jours (un tiers des cas). Dans un cas seulement (Ypema) la malade n'a succombé qu'au bout de 25 jours.

La mortalité a été proportionnellement beaucoup plus considérable pour les opérations pratiquées dans les *premiers mois de la grossesse*, après un *avortement*, que pour les opérations faites *à terme* ou *près du terme*. Les chiffres nous donnent en effet : *Interventions pour avortement* 16 : guérisons 9, morts 7. *Interventions à terme ou près du terme* (7 mois), 28 : guérisons 18, morts 10. La raison de cette différence réside d'abord dans ce fait que la plupart des hystérectomies par infection post-abortum ont été faites *trop tard*, après 1 semaine, 9, 10 jours et même 3 semaines, alors que nombre d'interventions post-partum ont été faites dès les premiers jours de l'infection. Il faut en outre faire intervenir ici un autre facteur, savoir l'*intensité* de l'infection qui peut être excessivement virulente dans les avortements criminels, provoqués à l'aide des instruments les plus divers.

Comme *complications post-opératoires*, nous citerons, en dehors des 2 cas *de péritonite* signalés plus haut : *accidents de rétention, gangrène du pédicule dans certaines hystérectomies supra-vaginales, suppuration des sutures, phlébites plus ou moins accentuées des membres inférieurs, phlegmons de la fesse ou de la cuisse* à la suite des injections sous-cutanées de sérum, *légère bronchite*, enfin *pneumonies* et *gangrène pulmonaire* mortelles.

M. Poirier. — Je n'ai aucune expérience personnelle de l'hystérectomie dans les infections *post partum* ou *abortum*. J'ai vu guérir la plupart des cas de ce genre qui sont entrés dans mon service par des curettages aussi prudents que possible avec des instruments mousses, suivis d'injections intra-utérines répétées. Sans doute, j'ai eu affaire à des cas heureux. Mais, ayant remarqué que, souvent, à la suite des curettages les plus prudemment conduits, on observe une élévation de température, je limite au strict minimum les manœuvres contre l'utérus ; par contre, je draine et très largement.

Je considère l'hystérectomie, soit vaginale, soit abdominale, comme une opération des plus redoutables dans les cas d'infection puerpérale ; les statistiques de ceux de mes collègues qui l'ont pratiquée ne sont point de nature à me faire changer d'avis.

Peut-être y a-t-il autre chose et mieux à faire. A l'appui, j'apporte une observation.

A l'instant, M. Tuffier, discutant les indications de l'hystérectomie, classait les déchirures utérines avec infection péritonéale parmi les cas qui commandent incontestablement l'hystérectomie. Le cas que je vais rapporter va nous prouver que la déchirure utérine ne constitue toujours pas une indication d'hystérectomie.

Il s'agit d'une jeune femme qui entra dans mon service de Tenon le 2 janvier 1900, avec des accidents d'infection grave consécutifs à une fausse couche. Elle ne s'expliqua point autrement, mais nous sûmes plus tard qu'elle avait eu recours à des manœuvres abortives. L'interne de garde, en présence de la gravité des accidents, et constatant une tumeur qu'il prit pour le globe utérin, fit un curettage prudent, qui ne ramena que quelques débris placentaires. Le lendemain, les accidents n'avaient point diminué ; mon interne, M. Chifoliau, ayant constaté que du pus s'écoulait par l'orifice utérin, fit des injections intra-utérines. Je vis la malade le surlendemain 4, au retour des vacances.

Le ventre était ballonné, la température élevée et le pouls très rapide. Je vous demande pardon de ne point vous donner des chiffres précis : j'ai remis avant-hier le manuscrit de cette observation à M. Rebreyend, qui va la publier dans sa thèse. On constatait une tumeur sus-pubienne du volume du poing. Je fis conduire la malade à la salle d'opération pour l'examiner plus à l'aise et faire le nécessaire, car une intervention s'imposait. Là, je pus voir que du pus sortait à flots par l'orifice utérin ; la sonde utérine, dirigée très doucement, s'enfonça jusqu'au manche sans rencontrer de résistance : j'en conclus à une déchirure ou perforation utérine.

Après que la malade eut été endormie, l'ouverture de l'abdomen montra des anses intestinales rougeâtres et une petite quantité de liquide dans la grande cavité séreuse. L'épiploon, œdémateux, agglutiné, coiffait le fond de l'utérus. Je le détachai sans difficulté ; un flot de pus jaillit et se répandit de tous côtés. Après essuyage, nous pûmes voir au fond de cette cavité que circonscrivaient l'utérus et l'épiploon une déchirure utérine, en Z allongé, longue de 4 à 5 centimètres, à bords sphacélés jaunâtres, siégeant sur le fond de la face antérieure de l'utérus, du côté droit ; dans l'hiatus de cette déchirure on apercevait l'extrémité d'un drain que j'avais placé dans l'utérus par le vagin, afin d'assurer l'écoulement du pus pendant mon opération.

Que faire ? Mes internes prononçaient déjà le mot d'hystérectomie. Je ne fus pas de leur avis, ayant réfléchi à l'état d'infection, dont témoignait une plaque de sphacèle constatée à l'entrée du vagin. Il me parut que la malade ne pourrait supporter une intervention aussi grave. Donc, je réséquai la partie infiltrée de l'épiploon et plaçai dans la déchirure utérine un gros drain aboutissant d'une part dans le vagin, d'autre part, à la peau. Deux autres drains furent encore placés dans le cul-de-sac de Douglas.

Les suites furent d'une simplicité remarquable. On retira successivement les drains péritonéaux et le drain abdomino-utéro-vaginal. Au bout d'un mois environ, la malade nous quitta en

parfaite santé. Depuis, elle est revenue nous voir : sa santé est bonne; ses règles sont revenues trois mois après l'opération.

Je ne sais s'il existe d'autres observations du même genre.

Instruit par cette expérience, je tiendrais une conduite analogue en présence d'un cas grave d'infection puerpérale, c'est-à-dire que je mettrais par le vagin et maintiendrais un drain utérin, et qu'après avoir laparotomisé je drainerais très largement la cavité péritonéale.

J'accorde une importance extrême au drainage du péritoine que j'ouvre toujours très largement et que je n'ai jamais vu s'enflammer même au contact du pus le plus septique, lorsqu'on a soin de l'ouvrir et de le maintenir largement ouvert.

D'autre part, j'ai souvent constaté que les infections péritonéales s'arrêtaient après l'ouverture large de la séreuse.

M. Quénu. — Nous n'avons pas à discuter ici le traitement de l'infection puerpérale. Nous supposons tous qu'une malade infectée a été préalablement traitée par les moyens conservateurs, les injections intra-utérines, le curettage, et j'ajoute les bains froids dont on n'a pas assez parlé (ils ont été employés pour la première fois dans mon service par M. Macé). Lorsque ces moyens ont échoué, il est séduisant de s'adresser au foyer supposé et de tarir à sa source l'origine même de l'infection, mais la difficulté est de savoir si les accidents qui persistent sont dus à une désinfection insuffisante de l'utérus ou à ce que l'infection en a dépassé les limites, se cantonnant dans les veines du pédicule ou ayant envahi le sang et les viscères. Personnellement, je n'ai qu'une observation à citer : il s'agit d'une jeune femme accouchée prématurément à cinq mois et infectée; des lavages intra-utérins et le curettage laissant persister les accidents, je me décidai à l'hystérectomie vaginale par section médiane qui se fit en sept minutes avec la plus grande facilité.

Il y eut d'abord une légère amélioration, puis la fièvre reparut, des escarres survinrent au sacrum ; aucun symptôme abdominal; la malade se lève au vingtième jour, mais est prise d'accidents éclamptiques accompagnés d'albuminurie et meurt le vingt-sixième jour.

L'utérus enlevé ne paraissait pas très malade; des ensemencements ne donnèrent que quelques maigres cultures.

Je ne suis pas hostile à l'hystérectomie, mais je demande à mes collègues d'en préciser les indications et de me dire à quoi ils jugent que la persistance des accidents est bien de siège intra-utérin ou utérin et tient à une insuffisance de désinfection utérine, et non à ce que l'infection a déjà franchi les limites de l'utérus.

M. Chaput. — Je partage la répugnance de M. Poirier pour l'hystérectomie abdominale. Cette opération constitue, en effet, un traumatisme grave, et, appliquée à des malades très infectées et affaiblies, elle apporte plutôt une aggravation qu'une amélioration à l'état antérieur.

J'ai fait, il y a plusieurs années, une ou deux hystérectomies abdominales avec insuccès et j'en suis revenu à une thérapeutique plus modérée.

J'ai eu à soigner, il y a deux ans, une jeune femme qui, à la suite d'une déchirure du périnée, fut prise d'une infection puerpérale grave qui ne céda pas au curage utérin. Quand je la vis, elle présentait de la métrite à fausses membranes, une tuméfaction considérable des deux ligaments larges, de l'érysipèle de la vulve et de la cuisse, des hémorroïdes septiques et des fausses membranes de la bouche.

Je me contentai de faire le curage utérin, la ponction des deux ligaments larges qui évacua quelques grammes de pus; je dilatai l'anus, je traitai les fausses membranes de la cuisse et de la vulve par des badigeonnages de bleu de méthyle à 1 p. 500 et je fis des attouchements à la teinture d'iode sur les fausses membranes de la bouche.

Les jours suivants, la malade fut traitée par les lavages utérins au bleu de méthyle à 1 p. 1000.

Cette malade guérit complètement et sans aucun reliquat.

En février 1900, j'ai soigné à la Pitié une malade accouchée récemment, qui présentait une infection grave avec tuméfaction considérable du cul-de-sac postérieur du vagin et des annexes des deux côtés.

Je fis la laparotomie médiane et je trouvai le fond de l'utérus adhérent au promontoire, recouvrant une énorme collection purulente du Douglas; les annexes droites étaient suppurées. Je fis un triple drainage abdomino-vaginal, un des tubes traversant les annexes, un autre le Douglas, le troisième traversant l'utérus (drainage abdomino-utéro-vaginal). Je fis deux fois par jour des lavages à l'eau oxygénée dans les tubes; la guérison se fit rapide et complète.

Je n'ai pas plus d'enthousiasme pour faire l'hystérectomie abdominale au début de l'infection puerpérale qu'à une période avancée.

Au début, en effet, on peut espérer juguler l'affection par des moyens plus bénins.

Pour ma part, voici la marche que je suivrais en présence d'une affection puerpérale au début.

Je ferais d'abord le curage utérin; en cas d'aggravation j'essaierais les bains froids: — si au bout de vingt-quatre ou quarante-

huit heures l'état s'aggravait, je pratiquerais le drainage abdomino-utéro-vaginal ; — enfin je n'essaierais l'hystérectomie abdominale qu'après l'échec des moyens précédents.

L'hystérectomie vaginale me paraît contre-indiquée à cause de la friabilité utérine. — Enfin je préférerais l'hystérectomie supra-vaginale à la totale à cause de sa simplicité plus grande. J'insisterai sur la simplicité et la bénignité toutes particulières du drainage abdomino-utéro-vaginal, qui peut s'exécuter à la cocaïne locale, avantage considérable quand on réfléchit à l'aggravation singulière que provoque constamment l'anesthésie générale sur les malades profondément infectées.

M. Rochard. — Je répondrai à M. Tuffier que j'ai coupé dans tous les sens les utérus que j'ai enlevés et qu'il n'y avait pas d'abcès dans le parenchyme, mais les veines thrombosées qui rampaient à la surface de l'organe ne laissaient pas de doute sur la profondeur de son infection. De plus, pour légitimer l'hystérectomie, s'il faut avoir au préalable enlevé l'utérus, cette question à peu d'intérêt au point de vue important de l'indication de l'intervention.

Je ne crois pas qu'il faille comparer le cas de M. Poirier, où il y a eu perforation utérine et infection péritonéale, avec la septicémie puerpuérale dont nous nous occupons.

Quant aux indications, il est certain que c'est là toute la question; mais il en est de même dans tous les cas graves de chirurgie d'urgence. Ces indications sont difficiles à poser, c'est vrai : on a comme guide la température, le pouls et surtout l'état de résistance de l'accouchée. Je crois qu'il faut aussi tenir compte de l'état de régression de l'utérus. J'ai cru remarquer que les utérus infectés font mal leur involution, et que le volume de l'utérus, étant donné le nombre de jours écoulés depuis l'accouchement, est plus considérable qu'il ne devrait l'être.

On m'a objecté qu'il était grave de se décider à supprimer l'utérus, ce qui frappe la femme de stérilité; mais est-ce plus grave dans la septicémie puerpérale que dans les autres lésions des organes génitaux? On n'hésite pas à enlever les annexes des deux côtés chez des femmes dont les lésions ne mettent pas directement les jours en danger, et on aurait des scrupules devant une accouchée dont l'utérus infecté menace immédiatement la vie!

M. Tuffier. — A-t-on examiné des coupes de l'utérus?

M. Rochard. — Non.

M. Tuffier. — L'examen microscopique de l'utérus est pourtant nécessaire pour affirmer la légitimité de l'intervention : seul il

décèle l'infection profonde de l'organe que l'absence de lésions macroscopiques pourrait faire considérer comme sain.

M. Quénu. — Le pouls et la température ne prouvent rien; ils indiquent seulement l'infection, mais ne nous prouvent pas que c'est le parenchyme utérin qui est infecté. — Pourquoi ne seraient-ce pas le rein et les veines, comme chez ma malade? L'examen local de l'utérus doit être fait avec grand soin, et c'est l'insuffisance constatée de la désinfection utérine qui doit nous guider.

M. Jean-Louis Faure lit un travail sur le *traitement des infections puerpérales par l'hystérectomie vaginale.* — Renvoyé à une commission : M. Rochard, rapporteur.

Présentations de malades.

Plaie de l'abdomen par arme à feu. Laparotomie. Guérison.

M. Walther. — La malade que je vous présente est une jeune femme de vingt-deux ans qui, le 6 février dernier, à 6 heures du matin, se tira un coup de revolver à la région épigastrique. Elle fut transportée à l'Hôtel-Dieu et je l'opérai à 9 h. 1/2.

La plaie siégeait sur la ligne médiane à trois travers de doigt au-dessous de la pointe de l'appendice xyphoïde. La laparotomie médiane montra que la balle avait traversé le foie. Sur la face convexe du foie, je trouvai l'orifice d'entrée de la balle à peine large comme une tête d'épingle; sur la face inférieure, l'orifice de sortie, large, triangulaire, à bords un peu évasés. La lame antérieure de l'épiploon gastro-hépatique avait été déchirée. La balle, de 7 millimètres, était située sur la face antérieure de l'estomac, au contact de la petite courbure, vers le milieu de ce bord supérieur. Elle était enchâssée dans la paroi de l'estomac où je n'eus qu'à la prendre avec des pinces. Elle avait traversé la tunique musculeuse et avait refoulé la muqueuse sans la déchirer. Je fis un double plan de suture en surjet avec du fil de lin fin sur cette plaie non pénétrante. En arrière de l'estomac, dans l'arrière-cavité des épiploons, je sentis un hématome volumineux. La source de l'hémorragie était une plaie latérale de l'artère coronaire stomachique. Les deux bouts de l'artère furent liés. Les suites de l'opération furent très simples.

Plaie de l'abdomen par instrument tranchant. Laparotomie. Guérison.

M. WALTHER. — Ce second malade est un cordonnier, âgé de trente-sept ans, qui, le 1er février dernier, dans la matinée, en travaillant, se blessa avec son tranchet. Il fut immédiatement transporté à l'Hôtel-Dieu où je l'opérai d'urgence, environ trois heures après l'accident. Ici je ne trouvai d'autre lésion viscérale qu'une éraflure du foie. L'estomac, l'intestin ne présentaient aucune lésion. Il n'y avait qu'un épanchement sanguin assez abondant, dû à la section de trois artères épiploïques qui furent facilement pincées et liées.

La guérison se fit sans incident.

Résection large de l'estomac pour un épithélioma du pylore Guérison depuis trois ans.

M. TUFFIER présente un malade opéré il y a trois ans pour un épithélioma du pylore très étendu et chez lequel il a fait la pylorectomie par le procédé de Billroth, première manière (abouchement bout à bout de l'estomac et du duodénum). L'examen de la pièce, fait par M. Hayem, avait montré qu'il s'agissait d'un épithélioma typique de l'estomac. Or, ce malade est resté parfaitement guéri depuis son opération : il ne présente pas la moindre trace de récidive, il mange et digère parfaitement et a repris depuis longtemps son travail habituel.

Résection tibio-tarsienne.

M. SAVARIAUD présente un malade opéré de résection tibio-tarsienne.

Ce malade a été opéré il y a vingt mois, et je désire vous montrer le résultat orthopédique.

L'opération subie est une résection tibio-tarsienne très étendue, motivée par une fracture de Dupuytren infectée, avec ramollissement, inflammation des os de la jambe.

L'astragale a été enlevé avec 7 à 8 centimètres des os de la jambe. La méthode sous-périostée a été rigoureusement observée.

La radiographie montre que la malléole externe s'est reproduite sur une hauteur de 3 centimètres. La malléole interne est représentée par un nodule osseux gros comme un pois. Par suite de cette inégale reproduction, il y a une légère tendance au varus.

Le raccourcissement atteint près de 10 centimètres.

L'articulation tibio-tarsienne jouit de quelques mouvements spontanés de flexion et extension et ne présente, pour ainsi dire, aucun mouvement de latéralité.

L'opéré marche avec un appareil à tuteurs latéraux. (M. NÉLATON, rapporteur.)

Présentations de pièces.

1° *Néphrectomie lombaire.*

M. LUCIEN PICQUÉ. — Il s'agit d'une néphrectomie lombaire pour fistule rénale.

La malade avait subi une néphrotomie au mois de juillet pour pyonéphrose dans le service de notre collègue Bazy.

Le fait présente un double intérêt et c'est pourquoi je vous présente cette pièce.

1° La malade fut prise d'une psychose post-opératoire tardive qui eut certainement chez elle pour cause le chagrin qu'elle éprouvait d'être atteinte d'une fistule. Elle était d'ailleurs prédisposée à cet accès de psychose par une hérédité chargée.

Elle fut amenée dans le service de mon collègue Fébvré, à l'asile de Ville-Evrard, et c'est dans ces conditions que je fus appelé à lui donner mes soins.

Cet accès de psychose dura six mois et guérit définitivement : c'est pour la mettre à l'abri d'une nouvelle crise que je me décidai à lui pratiquer la néphrectomie.

Le deuxième point intéressant à noter est le suivant : au moment de l'opération, la suppuration était peu abondante, l'apyrexie absolue et la douleur à la pression nulle.

L'indication opératoire ne paraissait pas très urgente, et j'ai dit plus haut la raison qui m'avait fait agir. Or, l'examen de la pièce m'a démontré l'existence de deux gros abcès situés au niveau des extrémités opposées du rein.

2° *Grossesse extra-utérine au début. Accidents douloureux et fébriles. Laparotomie. Guérison.*

M. LUCIEN PICQUÉ. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter est intéressante parce qu'elle montre un fait rare d'hématosalpinx petit, situé dans le tiers externe de la trompe, et non rompu, probablement lié à une grossesse extra-utérine.

On voit rarement la grossesse extra-utérine à cette période, et il est digne de remarquer que, déjà, elle est susceptible de donner

lieu à des accidents qui simulent la rupture et commandent l'intervention.

M. Potherat. — Est-ce un hémato-salpinx ou une grossesse extra-utérine au début ? Il me semble qu'il faut attendre l'examen histologique pour se prononcer.

M. Picqué. — Je n'ai pu affirmer que l'hémato-salpinx, la poche n'ayant pas été ouverte ; et si j'ai parlé de grossesse extra-utérine, c'est en me rappelant les travaux de Pilliet sur l'origine habituelle des hémato-salpinx. L'examen histologique sera fait.

Emploi de la radiographie pour le diagnostic des calculs vésicaux.

M. Loison. — Dans la dernière séance, M. Phocas a appelé votre attention sur l'emploi des rayons de Roentgen pour le diagnostic des calculs de la vessie chez l'enfant.

Permettez-moi à ce propos de vous relater brièvement deux observations qui me semblent démontrer l'utilité de la radiographie, pour le diagnostic de la pierre chez l'adulte dans certains cas particuliers.

Obs. I. — Un confrère de l'armée ottomane entre le 14 septembre 1900, à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le service de M. Nimier, que je suppléais à ce moment. Il présente des symptômes de cystite très pénible qui est due à la présence de calculs multiples, dont M. Albarran, au dire du malade, a constaté la présence quelques jours auparavant, par une exploration directe de la vessie. Il prétend que l'introduction de l'explorateur a été difficile, très douloureuse, suivie d'hémorragie, et refuse de se soumettre à un nouveau cathétérisme.

En présence de cet état d'esprit et vu l'existence de phénomènes de cystite que la morphine et le chloral à fortes doses parviennent à peine à calmer, je me décide à pratiquer la cystotomie sus-pubienne; mais auparavant je fais une radiographie, pour connaître le nombre des calculs et être sûr de ne pas en laisser dans la vessie, au moment de l'opération.

La radiographie, exécutée le 16 septembre, me montre, comme vous pouvez le voir sur cette épreuve, l'existence de deux pierres accolées et ayant chacune le volume d'une petite amande.

L'opération est pratiquée sous le chloroforme le 19 septembre. Je retire facilement les deux pierres que je vous présente ; leur forme et leurs dimensions sont bien celles que nous indiquait la radiographie.

La vessie étant infectée, je la draine. Il persista pendant un certain temps une petite fistule qui ne s'est complètement fermée que le 4 janvier 1901.

Obs. II. — P..., sous-lieutenant d'infanterie, entre au Val-de-Grâce le 22 septembre 1900, pour se faire traiter d'un rétrécissement blennorragique de l'urètre.

Un jour, pendant le passage des béniqués, j'ai la sensation d'un choc au niveau du col de la vessie. Pensant avoir affaire à un calcul, j'introduis immédiatement l'explorateur de Collin et ne constate rien. Je répète, à plusieurs jours différents, la recherche du corps étranger, en distendant plus ou moins la vessie, et toujours sans résultat. M. Nimier procède également à l'exploration et n'est pas plus heureux.

Le malade, fatigué de ces introductions répétées d'instruments dans son canal, redoute l'examen cystoscopique qui lui est proposé.

Je radiographie la vessie, en plaçant la plaque sensible contre la paroi abdominale antérieure. L'image n'étant pas très démonstrative, je prends une seconde épreuve, la plaque étant mise au contact du sacrum. Cette fois, la présence du calcul est certaine; il est unique et du volume d'une noisette.

Opération le 14 octobre. — M. Nimier ayant tenté, pendant la période de recherche, de saisir le calcul entre les mors d'un lithotriteur, et n'y étant pas parvenu, pratique la taille hypogastrique, extrait la pierre et suture la vessie.

La réunion de la plaie eut lieu, après une légère désunion et l'écoulement d'une peu d'urine pendant quelques jours.

C'est donc à la radiographie que nous sommes redevables d'avoir pu dans ces deux cas confirmer le diagnostic de calcul vésical, en connaître le nombre et le volume, les moyens d'exploration habituels étant restés insuffisants, ou n'ayant pu être employés, par suite du refus des malades.

Un mot de technique pour terminer. M. Albarran vous a dit, dans la dernière séance, que pour déceler la présence d'une pierre dans la vessie au moyen des rayons de Roentgen, il fallait se servir d'un tube mou donnant des rayons peu pénétrants.

Je me suis comporté autrement; j'ai pris un tube dont le vide intérieur correspondait à une étincelle équivalente de 15 à 18 centimètres, c'est-à-dire réglé à peu près comme pour radiographier le bassin d'un adulte de moyenne épaisseur.

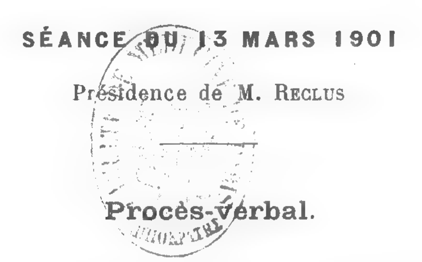
Pour découvrir le calcul, la précaution importante à mon avis est de placer le sujet en position demi-assise, de façon que la pierre vienne reposer sur le bas-fond de la vessie et que son ombre ne soit pas noyée dans celle des pubis, ou du sacrum et du coccyx.

Le Secrétaire annuel,
Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 13 MARS 1901

Présidence de M. Reclus



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Delorme et une lettre de M. Routier, qui, retenus à la chambre par la grippe, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

3° Une lettre de M. J.-L. Faure, qui se porte candidat à la place déclarée vacante de membre titulaire de la Société de chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

Néphrectomie lombaire.

M. Bazy. — Je viens compléter l'observation publiée par M. Picqué à la dernière séance.

Il nous a présenté un rein enlevé par néphrectomie lombaire, et que j'avais auparavant néphrotomisé.

J'avais fait la néphrotomie, d'une part à cause de l'état grave dans lequel était la malade, pour réduire le traumatisme au minimum, et d'autre part parce que l'épreuve du bleu de méthylène n'avait pas été très favorable chez elle, puisque nous n'avions eu du chromogène qu'une heure après la piqûre, et encore en petite quantité.

Le pus devait être très virulent, puisque la malade a eu de l'érysipèle parti des lèvres de la plaie deux jours après l'opération.

Elle a très bien guéri ; elle avait repris des forces, de l'embonpoint, des couleurs, de l'appétit, et sortit deux mois après l'opération, portant une fistulette par laquelle s'écoulait un peu de pus.

Elle revint après quelque temps, montrant une grande préoccupation de sa fistule.

Je la fis entrer à nouveau dans mon service, mais, après quelques heures de séjour, elle partit, laissant le souvenir d'une malade dont les facultés mentales étaient dérangées.

Je corrigerai en outre la date de mon opération indiquée par mon collègue Picqué ; ce n'est pas au mois de juillet dernier, mais le 25 novembre 1899, c'est-à-dire il y a quinze mois, que mon opération a eu lieu. Il s'agit donc bien d'une psychose post-opératoire TARDIVE ; ce n'est pas l'acte opératoire ni les suites immédiates de l'opération qu'il faut incriminer ici, mais la fistule, c'est-à-dire les suites éloignées.

M. PICQUÉ. — Je remercie beaucoup mon collègue Bazy d'avoir complété d'une façon si intéressante l'observation de néphrectomie dont je vous ai donné la dernière partie dans la séance du 6 mars. Le long espace de temps qui sépare chez elle l'opération primitive de l'accès maniaque est intéressant à noter et mérite de la ranger dans le dossier des pseudo-psychoses post-opératoires que vous avez constitué au cours du débat de 1898 sur la question. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, on ne saurait incriminer directement l'acte opératoire. Il faut admettre chez elle, en particulier, l'influence d'une prédisposition héréditaire et des psychopathies antérieures.

Traitement du cancer du rectum,

par M. CHAPUT.

Dans mon travail de 1896 communiqué à cette Société, j'avais rassemblé dix cas personnels d'extirpation du cancer du rectum avec deux morts et 50 p. 100 de récidives.

Je m'étais arrêté à la technique suivante :

1° Deux jours avant l'ablation du rectum faire l'anus iliaque préliminaire sur le côlon transverse.

2° Incision cutanée en fourche.

3° Résection du coccyx et ménagement du sacrum.

4° Après ablation de la tumeur, suturer les deux bouts ensemble, ou bien le bout supérieur à la peau, après torsion à la Gersuny.

5° Les ligatures sont inutiles.

6° Ne pas suturer la peau qui est bourrée à la gaze phéniquée.

J'avais ainsi résumé les indications :

Cancers inférieurs : Incision circulaire, avec ou sans résection du coccyx ;

Cancers moyens : voie sacrée ;

Cancers supérieurs : voie abdominale ;

Cancers recto-coliques : voie abdomino-sacrée.

Depuis 1896, j'ai opéré dix autres cas de cancer du rectum que je vais passer en revue, en indiquant l'état actuel de mes convictions sur la thérapeutique des néoplasmes rectaux.

Anus iliaque préalable. — J'ai fait six fois l'anus iliaque, et quatre fois je m'en suis dispensé. Les deux manières m'ont donné chacune une mort, mais l'insuccès était attribuable à d'autres causes qu'à la présence ou à l'absence de l'anus préalable.

L'anus iliaque me paraît indispensable quand le rétrécissement du rectum est très serré et empêche l'évacuation facile des matières, ou quand les lésions sont assez élevées pour empêcher de fixer à la région sacrée le bout supérieur du rectum.

En dehors de ces deux cas, l'anus iliaque n'est pas indispensable et je m'en dispense à cause de la répugnance des malades non seulement pour les opérations en deux temps, mais aussi pour l'anus iliaque, qui leur répugne davantage que l'anus sacré.

Je suis de l'avis des malades et je pense que l'anus sacré est bien préférable à l'anus iliaque. Avec une bonne technique, on arrive à établir un anus sacré ni trop large ni trop étroit, de manière à éviter à la fois le prolapsus et l'atrésie ; il suffit pour cela de ménager un orifice cutané n'admettant que le pouce. J'ajouterai que la torsion à la Gersuny est tout à fait inutile.

La situation de l'anus sacré est plus avantageuse que celle de l'anus iliaque ; il est plus facile à garnir ; les mauvaises odeurs sont beaucoup moins perçues que pour l'anus iliaque ; il est plus facile de se nettoyer la région sacrée que le ventre, d'autant plus qu'ici les poils du pubis rendent le nettoyage particulièrement difficile.

J'ai renoncé à mon idée théorique de faire l'anus préliminaire sur le côlon transverse, de peur que les matières ne soient trop liquides à ce niveau.

J'avais pensé qu'en éloignant l'anus artificiel de la région sacrée, on écartait les chances d'infection opératoire ; mais ces chances me paraissent minimes, même en l'absence de tout anus artificiel. Il est en effet facile de constiper les malades par l'opium et la diète liquide ; et d'ailleurs, même en cas d'écoulement des matières dans la plaie, il est facile d'écarter tout danger par des pansements fréquents, surtout maintenant que nous avons un

antiseptique merveilleux sous la forme de l'eau oxygénée. Un de mes malades (obs. IX) eut dès le lendemain de son opération (faite sans anus iliaque préalable) des selles en diarrhée qui se reproduisirent pendant plusieurs jours sans que cela troublât en rien l'évolution de la plaie.

J'ai fait subir à la technique de l'anus iliaque une modification qui permet de le fermer plus facilement. Elle consiste en ceci : lorsque j'établis l'anus iliaque, je coupe transversalement l'intestin entre deux ligatures provisoires, puis j'adosse les deux bouts l'un à l'autre, en canons de fusil, sur une hauteur de 10 centimètres et sur une large surface, au moyen de deux étages de sutures séro-séreuses, en ayant soin de ne pas comprendre le mésentère entre les sutures. Je réunis alors les orifices intestinaux à la peau. Quelques jours après, ablation du rectum et établissement de l'anus sacré. Plus tard, quand je veux fermer l'anus iliaque, je donne un coup de ciseaux de quelques centimètres dans la cloison pour rétablir le cours des matières, puis je ferme l'orifice cutané par les procédés habituels.

J'ai fait deux fois l'*anus réparable* (obs. VI et VIII), et dans les deux cas j'ai pu le refermer avec succès.

Désinfection du rectum. — Lorsqu'on établit l'anus iliaque préalable, il suffit de laver le rectum plusieurs fois par jour à l'eau oxygénée par l'anus iliaque.

Quand on ne fait pas l'anus iliaque, il faut purger le malade quelques jours d'avance et lui faire deux fois par jour des lavages du rectum à l'eau oxygénée portée au-dessus du néoplasme à l'aide d'une sonde à double courant.

La veille de l'opération, on tamponnera le rectum à la gaze iodoformée.

Le jour de l'opération, on évitera de laver le rectum, on se contentera de le nettoyer avec des tampons imbibés d'eau oxygénée, après dilatation au spéculum.

On séchera ensuite avec des éponges et on placera des mèches iodoformées dans la lumière de l'intestin.

Incision cutanée. Sections osseuses. — Toutes les fois que la limite supérieure du cancer est facilement accessible, je me contente de l'incision parasacrée, qui donne un jour suffisant. J'en ai été satisfait dans les observations I, III, VII.

J'ai adopté pour les cancers élevés l'incision en fourche que j'avais seulement proposée en 1896. Je l'ai employée sept fois avec pleine satisfaction.

Le bord inférieur du lambeau correspond à la pointe du coccyx. Je résèque le coccyx et la pointe du sacrum, et je désinsère largement les bords du sacrum. Grâce à ces manœuvres, j'ai une voie

d'accès extrêmement large qui me permet de remonter même au-dessus du promontoire, comme dans l'observation V.

L'incision en fourche est plus avantageuse que l'incision linéaire, car elle permet de désinsérer les bords du sacrum ; le lambeau, s'appliquant de lui-même sur les surfaces osseuses, les protège au lieu de les laisser à nu comme dans les autres procédés. Elle permet d'établir l'anus sacré dans une des branches de la fourche, c'est-à-dire plus haut que dans la plupart des autres procédés.

Lorsque l'ablation complète par la voie sacrée est impossible, on peut la compléter par la voie abdominale, ainsi que l'ont conseillé et fait antérieurement Quénu et Boeckel.

J'ai pratiqué dans un cas cette opération sacro-abdominale ainsi qu'on le verra dans l'observation suivante :

Obs. V. — *Cancer du rectum propagé à l'anse oméga. Anus iliaque. Ablation par la voie sacro-abdominale. Guérison. Mort rapide par métastase.*

D. D..., quarante ans, adressé par le Dr Artaud (de Saint-Quentin). Pas d'antécédents cancéreux. En juillet 1898, il ressent des douleurs vagues et persistantes dans l'abdomen, les reins, les fosses iliaques.

Peu après surviennent des épreintes avec expulsion de mucus; ni constipation, ni diarrhée, ni hémorragies. Au commencement d'octobre, il est examiné par un chirurgien très connu de province, qui refuse de l'opérer.

Au toucher, je constate une tumeur énorme, dure, immobile, adhérente, qui commence à 6 centimètres de l'anus et dont on ne perçoit pas la limite supérieure.

Le rectum est fortement rétréci.

Le 10 *octobre* 1898. — Je pratique l'anus iliaque avec éperon. Au cours de cette opération, je constate que la tumeur, énorme, remonte jusqu'au promontoire.

Le 18 *octobre* 1898. — Incision sacrée en fourche. Résection du coccyx et de la pointe du sacrum. L'isolement du rectum jusqu'au-dessus du promontoire ne permet pas de faire descendre suffisamment la tumeur.

Je sectionne le rectum en bas entre l'anus et la tumeur, je suture le bout inférieur en bourse, e je lie l'extrémité inférieure au bout supérieur.

Je pratique séance tenante la laparotomie médiane. Le rectum mobilisé est amené entièrement hors du ventre; l'S iliaque est coupé entre deux pinces et l'orifice du bout supérieur est fermé par des sutures.

Fermeture du péritoine pelvien par des sutures à la soie. Suture abdominale sans drainage.

La plaie sacrée est suturée en grande partie, avec large drainage.

Bourrage à la gaze au dermatol. La pièce enlevée mesure 22 centimètres de longueur et un diamètre de 8 centimètres.

Guérison sans fièvre ni infection.

Au bout de quelques semaines le malade présente une hépatomégalie symptomatique d'une métastase cancéreuse; il succombe le 31 décembre 1898 à la généralisation.

Étendues des parties enlevées. — J'ai enlevé huit fois l'anus avec le rectum. L'anus a été laissé en place dans deux cas. Dans ces deux cas la suture circulaire n'a pu être faite et j'ai dû me résoudre à l'anus iliaque définitif.

Dans quatre cas, j'ai enlevé 10 centimètres du rectum; dans les six autres, j'en ai enlevé de 18 à 22 centimètres.

Il me paraît inutile de faire des ablations totales et systématiques de l'anus et du rectum avec une grande partie de l'anse oméga, comme les pratique systématiquement M. Quénu; il suffit que les sections portent à trois travers de doigt des limites supérieures et inférieures de la tumeur.

Fermeture du péritoine. — L'occlusion du péritoine a une importance capitale pour la guérison. — Dans quatre cas où je n'ai pas ouvert la séreuse, les malades ont guéri. Dans les six autres cas le péritoine ouvert a été suturé cinq fois avec une mort, et une fois n'a pas été suturé (insuccès). Dans ce dernier cas la mort a été grandement favorisée par la béance du péritoine.

La fermeture du péritoine est généralement très facile à effectuer; il suffit de saisir les lèvres de la séreuse pour constater combien elles sont lâches et faciles à suturer. Cette pratique a été suivie antérieurement par Bœckel, Quénu, Berger dans sa dernière communication.

Cette fermeture me paraît être un des perfectionnements les plus importants qui aient été faits depuis longtemps; j'ai pratiqué une première fermeture du péritoine le 25 juin 1896 (obs. III).

Hémostase. — Je répéterai ce que j'ai écrit en 1896 : l'ablation du rectum provoque une hémorragie en *pluie d'orage*, c'est-à-dire qui ne dure pas. Au moment de l'incision vous avez de nombreux jets de sang; vous pincez les vaisseaux, et à la fin de l'opération vous enlevez les pinces sans avoir aucune ligature à faire. Sur mes dix cas je n'ai fait de ligature qu'une fois (obs. IX), dans la région anale, qui est ordinairement plus saignante que la région sacrée.

Traitement de la plaie. — Comme en 1896, il me paraît contre-indiqué de suturer la plaie; il est préférable de la bourrer; mais ici la gaze aseptique est insuffisante, et la gaze iodoformée employée à hautes doses est trop toxique.

J'ai adopté la pratique suivante : j'applique au fond de la plaie

deux feuilles simples de gaze iodoformée bouillie, formant une sorte de sac dans lequel je verse une grande quantité de poudre de dermatol stérilisée.

J'entasse ensuite dans la poche de la gaze au dermatol, et je place par-dessus, sur la peau, une couche de gaze iodoformée. Le pansement est changé plusieurs fois par jour.

Quand j'emploie l'incision en fourche, je suture une des branches de la fourche; je fixe le bout supérieur du rectum dans l'autre branche de la fourche, et je laisse largement ouverte la partie correspondant à la tige de la fourche.

Résultats opératoires. — Sur dix cas j'ai obtenu huit guérisons et deux morts. Une de ces morts est relative à un malade de trente ans, opéré à la maison Dubois en 1896, chez lequel le péritoine ne fut pas suturé.

Le second cas de mort se rapporte à un malade de soixante-dix ans, chez lequel le péritoine fut suturé. L'infection eut lieu pour plusieurs raisons :

1° Emploi de la gaze aseptique;

2° Le bout supérieur, trop profond, ne put être suturé à la peau;

3° Pas d'anus iliaque;

4° Age très avancé (70 ans).

Résultats éloignés. — Dans l'observation I, survie de quelques mois avec récidive rapide.

Obs. IV. — Récidive au bout de neuf mois, mort dix-huit mois après la première opération.

Obs. V. — Survie deux mois; mort de métastase hépatique.

Obs. VI. — Deux récidives réopérées à un an de distance. La santé générale est très bonne malgré les récidives.

Obs. VII et VIII. — Pas de renseignements.

Obs. IX. — Survie de quatre mois, mort d'affection intercurrente.

Obs. X. — Guérison depuis deux ans sans récidive.

Les résultats médiocres que nous avons obtenus au point de vue de la survie et des récidives doivent être attribués à l'ancienneté et à l'étendue considérable des lésions.

A ce propos je remarquerai que l'éducation du corps médical est à refaire entièrement, car la plupart des praticiens, en présence des accidents qui décèlent le cancer du rectum (diarrhée, constipation, hémorragie, écoulement muqueux), se contentent de prescrire des médicaments sans même pratiquer le toucher rectal; un de nos malades a été soigné pendant de longs mois par un médecin des plus distingués de Paris qui avait méconnu le cancer, faute d'un examen local.

Critique de l'opération abdomino-périnéale de Quénu. — M. Quénu

Opérations d'ablation du rectum.

Nº	AGE	DÉBUT	LÉSIONS	ANUS ILIAQUE	VOIE	ÉTENDUE de l'ablation	PÉRITOINE	RÉSULTAT	SURVIE	REMARQUES	DATE de l'opération
1	54 ans.	1 an.	Cancer ano-rectal, remontant à 7 ou 8 cent.	Anus iliaque.	Parasacrée.	Anus et 10 cent. de rectum.	Non ouvert.	Guérison.	Quelques mois.	Déchirure de l'urèthre.	9 janvier 1896.
2	30 ans.	14 mois.	Anus sain, limite supér. 12 cent., adhérences au sacrum.	Anus iliaque.	Fourche. Rés. coccyx et sacrum.	Anus et 20 cent.	Non suturé.	Mort.	»	»	26 novembre 1896.
3	70 ans.	2 ans.	Anus sain, limite supér. 12 cent.	»	Parasacrée.	Anus et rectum 18 cent.	Suturé.	Mort.	»	»	25 juin 1896.
4	51 ans.	1 an.	Anus sain, limite supér. non perçue.	Anus iliaque.	Fourche. Rés. coccyx et sacrum.	20 cent. de rectum.	Suturé.	Guérison.	Récidive opérée 9 mois après. Mort après 18 mois.	»	25 octobre 1897.
5	40 ans.	3 mois.	Anus sain, limite supér. non atteinte.	Anus iliaque.	Voie sacro-abdominale, incision en fourche.	22 cent. de rectum.	Suturé.	Guérison.	Survie 2 mois, mort : métastase hépatique.	»	18 octobre 1898.
6	37 ans.	7 mois.	Anus pris, limite supér. 7 à 8 cent.	Anus iliaque réparable.	Voie sacrée, incision en fourche.	Anus et 10 cent. de rectum.	Non ouvert.	Guérison.	2 récidives à 1 an de distance.	L'anus iliaque a été fermé.	6 juin 1898.
7	67 ans.	6 mois.	Anus pris, limite supér. 7 cent.	Pas d'anus iliaque.	Incision parasacrée sans ablation du sacrum.	Anus et 10 cent. de rectum.	Non ouvert.	Guérison.	Pas de nouvelles.	»	20 juillet 1898.
8	59 ans.	2 mois.	Anus sain, limite supér. 12 cent.	Anus iliaque réparable.	Fourche avec résection sacrée.	Anus et 20 cent. de rectum.	Suture du péritoine.	Guérison.	Pas de nouvelles.	Fermeture de l'anus iliaque.	22 juillet 1898.
9	62 ans.	2 ans.	Anus pris, limite supér. 12 cent.	Pas d'anus iliaque.	Fourche. Résection du sacrum.	Anus et 18 cent. de rectum.	Suture du péritoine	Guérison.	Survie 4 mois.	»	27 juillet 1898.
10	57 ans.	1 an.	Anus sain, limite supér. 6-7 cent.	Pas d'anus iliaque.	Incision. Fourche sans rés. du sacrum.	Anus et 10 cent. de rectum.	Péritoine non ouvert.	Guérison.	Pas de récidive depuis 2 ans.	»	23 mars 1899.

recommande, pour les cancers élevés, la voie abdomino-périnéale avec ligature préalable des artères iliaques internes.

Je suis tout disposé, comme en 1896, à adopter la méthode dans ses grandes lignes, mais j'ai une objection à présenter sur la pratique de M. Quénu.

La ligature préventive des iliaques internes me paraît tout à fait inutile, puisque sur vingt opérations je n'ai fait de ligatures qu'une fois ; dans tous les autres cas, l'hémorragie s'est arrêtée par simple forcipressure temporaire.

Cette ligature complique et allonge singulièrement l'opération, et il me paraît difficile de ne pas consacrer plus d'une heure à l'ensemble des manœuvres de M. Quénu.

En présence d'un cancer remontant jusque dans la fosse iliaque, je serais d'avis de pratiquer sous l'anesthésie lombaire la laparotomie médiane, la section de l'anse oméga et la libération du bout inférieur jusqu'au promontoire. Le bout supérieur serait suturé dans la plaie médiane.

Mais ces cancers étendus à la fosse iliaque sont des plus rares, et dans le cas où cette région serait libre, je me contenterais de l'anus iliaque préalable, sans autres manœuvres abdominales, suivi quelques jours après d'extirpation par la voie sacrée. Si, au cours de cette extirpation par la voie sacrée, l'extirpation totale n'était pas possible par cette voie, il serait indiqué de compléter l'opération par la laparotomie, comme l'ont fait Quénu, Bœckel et moi-même.

Résumé et conclusions.

1° L'anus iliaque préalable est indispensable avec un rétrécissement serré, ou avec des lésions très élevées.

2° En dehors de ces conditions on peut s'en dispenser.

3° L'anus sacré est en principe supérieur à l'anus iliaque.

4° Dans certains cas il y a avantage à faire l'*anus iliaque réparable* que je préconise.

5° Je conseille pour les cancers accessibles l'incision cutanée en fourche avec résection du coccyx et de la pointe du sacrum.

Dans un cas j'ai terminé l'opération par la laparotomie.

6° Il est indispensable de suturer le péritoine après l'extirpation du rectum.

7° En général, on n'a pas besoin de faire des ligatures, c'est pourquoi je rejette les ligatures préventives des iliaques internes,

8° Il faut éviter de suturer la plaie sacrée ; on doit la bourrer avec un peu de gaze iodoformée et beaucoup de gaze dermatolée.

9° L'opération abdomino-périnéale de Quénu n'est utile que pour les cancers du rectum envahissant la fosse iliaque.

Pour les autres cas, il suffit de la voie sacrée complétée, si besoin en est, au dernier moment, par l'incision abdominale.

Rapport.

Fracture par coup de feu de l'extrémité supérieure de l'humérus,
par MM. STUDER (de Vernon) et RADOUAN (armée).

Rapport par M. LUCIEN PICQUÉ.

Il y a quelques mois, je vous ai présenté un malade auquel MM. Studer (de Vernon) et Radouan avaient pratiqué avec succès complet la résection diaphysaire de l'humérus pour un coup de feu. Vous avez vu le malade parfaitement guéri, exécutant les travaux les plus pénibles; j'ai fait passer sous vos yeux la portion d'os réséqué et la radiographie. Vous m'avez prié de vous présenter un rapport verbal; je ne reproduirai pas l'observation qui se trouve contenue dans vos Bulletins. Cette opération a paru étonner certains de nos collègues, et je serai, pour ma part, heureux d'entendre l'opinion de nos collègues de l'armée sur cette question de pratique.

La question que je pose est la suivante :

La résection diaphysaire typique primitive, qui est l'opération de Baudens et de Ollier, doit-elle être conservée? A-t-elle quelques indications? Doit-on toujours lui préférer l'esquillotomie économe?

Pour ma part, je crois qu'il faut limiter la question aux fractures du membre supérieur où l'objection du raccourcissement n'a pas sa raison d'être, et je ne parle que de la résection primitive, les indications de la résection secondaire étant toutes différentes.

De plus, il faut, ce me semble, distinguer la pratique dans les formations sanitaires improvisées, et dans les hôpitaux.

Certes, le choix est facile à faire entre les mauvais résultats des résections de Baudens, pratiquées dans des conditions souvent déplorables, et les bons résultats dus à la chirurgie conservatrice, telle qu'on a pu la pratiquer dans les guerres récentes.

Mais, en est-il de même dans les circonstances ordinaires de la pratique?

En résumé, au membre supérieur et dans un hôpital bien outillé, que doit-on préférer, de l'esquillotomie ou de la résection typique?

Dans le cas de M. Studer, le résultat est parfait. Je lui opposerai un cas que je vous ai présenté jadis, de fracture compliquée

de plaie de l'extrémité supérieure de l'humérus, traitée en province par la conservation, et où le résultat fut déplorable. Au bout de deux ans, il y avait pseudarthrose. Nous avons dû pratiquer, avec M. Mauclaire, une intervention chirurgicale, et je crains que nous n'ayons pas obtenu un résultat définitif, tant les extrémités osseuses étaient grêles. Je crois que, dans ce cas, la résection préventive aurait amené la guérison.

M. Nélaton. — Je ne crois pas qu'on puisse poser une règle de conduite générale à appliquer aux cas de fractures des diaphyses par coup de feu. Je crois que, lorsque le foyer de fracture n'est pas infecté, les fragments ne sont pas *très nombreux;* il faut se garder d'intervenir et ne pas faire une résection typique qui me paraît inutile dans ces cas-là et qui peut conduire à une pseudarthrose.

L'intervention sera réservée aux cas où le foyer est infecté, où l'os est réduit en nombreuses esquilles, et ce sera encore une résection atypique qu'il faudra faire sans couper les saillies en biseau des fragments, sans enlever les fragments volumineux qui tiennent par leur périoste.

M. Lejars. — Je crois aussi que les larges résections diaphysaires ne répondent qu'à des indications restreintes; si elles donnent parfois d'excellents résultats, comme celui qui nous a été communiqué, si, dans certaines conditions, elles sont imposées par l'état des lésions, on fait bien, en général, de ne pas trop se laisser entraîner à régulariser le foyer de broiement osseux, à modeler, à suturer coûte que coûte, en excisant un long segment de la continuité de l'humérus. Ces réparations immédiates sont séduisantes, mais le résultat définitif est loin d'être toujours heureux.

J'en ai eu la preuve chez deux blessés que j'ai eu à traiter, il y a plusieurs années, pour des fractures compliquées de l'humérus, avec broiement très étendu de la diaphyse. Chez l'un d'eux, il s'agissait du bras droit, écrasé à son tiers supérieur; je ne pus, d'ailleurs, intervenir que le lendemain du traumatisme, alors que le foyer était déjà infecté : je l'ouvris largement, j'excisai de nombreux débris osseux, et, en particulier, un gros fragment placé de champ, puis je modelai, je coaptai et je réunis les deux bouts. Le résultat primitif paraissait très bon; la fièvre tomba, et la cicatrisation eut lieu sans incident; mais la consolidation manqua totalement. Je dus faire deux interventions secondaires, au cours desquelles je constatai qu'il n'y avait pas la moindre trace d'os nouveau, mais seulement une épaisse gangue fibreuse, de consistance extrêmement dure, autour des débris de l'humérus. Fina-

lement, je pratiquai l'amputation intra-deltoïdienne, et mon malade travaille avec un appareil de Gripouilleau.

Chez l'autre, la situation locale se compliquait encore d'un broiement considérable des parties molles, et, sans être contraint d'amputer, je n'obtins pas non plus une consolidation.

Ce sont de très mauvais cas, et je ne doute pas que dans des conditions meilleures, la résection diaphysaire primitive ne puisse quelquefois rendre de bons services. Je tiens à répéter seulement qu'elle reste, à mon sens, une pratique d'exception, et que, dans un broiement étendu, l'ouverture large du foyer, la détersion minutieuse et la conservation représentent le meilleur parti à prendre, en règle générale, quitte à intervenir secondairement pour achever la restauration.

M. Picqué. — Je remercie mes collègues de leurs intéressantes observations. M. Nélaton ne repousse pas systématiquement l'opération de Baudens; il la considère comme rarement indiquée, mais il l'admet, si j'ai bien compris, dans le cas de broiement considérable. Pour lui l'indication est une question de sens chirurgical et il pense que dans le cas de M. Studer on aurait pu obtenir par la conservation un résultat satisfaisant.

J'avais été frappé de la réflexion de plusieurs de mes collègues lors de ma présentation et je vois qu'elle s'adressait plus au cas particulier qu'à la méthode. Quant à M. Lejars, les observations qu'il nous a présentées sont très instructives, mais je me demande si dans le premier cas on n'aurait pu éviter la pseudarthrose par la suture.

M. Nélaton. — M. Picqué parle de suture osseuse, et je ne partage pas son opinion sur les résultats qu'elle peut fournir. J'ai remarqué, en effet, que chaque fois qu'on peut mettre les os en contact et les maintenir avec un bon appareil, on obtient de meilleurs résultats qu'avec la suture osseuse. C'est une pratique qui a été préconisée par M. Hennequin; c'est de lui que je l'ai apprise, et j'en ai obtenu d'excellents résultats. Voyez-vous une résection atypique avec suture osseuse! Or, c'est la résection atypique qu'il faut faire.

M. Picqué. — Je ne voudrais pas faire dévier la discussion sur la question de la suture primitive des os. Je tiens cependant à dire que la suture peut rendre de grands services. Récemment j'ai obtenu une rapide consolidation dans une fracture compliquée du tibia pour laquelle j'avais pratiqué l'esquillotomie et la suture. Le chevauchement était considérable et la réduction ne pouvait être maintenue. Je crois que dans ce cas particulier elle a rendu un

grand service au malade, mais j'ai hâte de dire que ce cas est isolé, qu'il m'a naturellement impressionné et que je tiens le plus grand compte des observations très judicieuses présentées par mon collègue et ami Nélaton.

Discussion.

Sur l'hystérectomie totale dans la septicémie puerpérale.

M. Ricard. — L'observation que nous a lue M. Picqué a été le point de départ d'une intéressante discussion sur l'hystérectomie abdominale dans l'infection puerpérale.

Deux points sont principalement à examiner dans cette discussion : l'indication opératoire et la technique employée. Mais la question des indications est de beaucoup la plus importante et la plus difficile à résoudre. Aussi, pour bien la préciser et éviter de discuter sur des faits absolument dissemblables, il m'a paru nécessaire d'établir, dès le début de cette discussion, deux catégories bien distinctes d'infections puerpérales.

Dans un premier groupe, je ferai rentrer les *infections nettement localisées*, infections en général tardives qui se traduisent par des métrites, des annexites, des collections pelviennes plus ou moins étendues, qui prennent leur point de départ au moment d'un accouchement ou d'un avortement septique et évoluent plus ou moins rapidement jusqu'à leur période d'état.

Dans ce même groupe de faits, je rangerai tous les cas où, avec l'infection, il existe une lésion locale : tumeur, fibrome, cancer, rétention placentaire, rupture utérine, etc.

Dans tous ces cas, je pense que nous serons d'accord sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale, quitte à différer sur le moment de son application et surtout sur les voies et moyens à employer. Ici, en effet, les uns laparotomiseront et établiront un drainage abdominal, d'autres pratiqueront l'hystérectomie, les uns choisissant la voie vaginale, d'autres préférant la voie abdominale. Certains se contenteront de colpotomies, voire même de simples ponctions. Je ne veux pas me perdre ici dans la discussion de ces nombreux cas particuliers, et je me contente de répéter qu'ici l'intervention est acceptée par tous. Certains cas de mon ami Rochard rentrent dans cette catégorie, ainsi que le cas de notre collègue Picqué où il existait manifestement des lésions utérines et péri-utérines reconnues et diagnostiquées avant l'intervention.

Le véritable intérêt de la discussion porte sur une deuxième catégorie de faits, sur ces cas d'*infection puerpérale avec accidents locaux nuls*, du moins en apparence, accidents en général précoces et succédant de près à l'accouchement ou à l'avortement.

C'est à l'occasion de ces accidents d'infection précoce et sans ésion locale apparente que je prends la parole. Ce sont ces accidents graves de septicémie qu'a visés notre collègue Tuffier lors de ses premières communications en 1899. C'est pour ce genre d'infection que l'indication opératoire est discutable, difficile et même impossible à établir.

En présence d'une femme qui vient d'accoucher et qui est atteinte d'accidents infectieux graves, quelle est l'indication de l'hystérectomie totale qu'on nous propose?

Cette indication, M. Rochard veut la trouver dans la régression imparfaite de l'utérus. Mais que sait-il de la valeur de cette régression imparfaite? qu'en savons-nous, nous autres chirurgiens? Les accoucheurs nous répondent tous que ce retard dans la régression utérine peut être indépendant de toute infection et que, s'il est de règle dans les suites de couches pathologiques, son degré n'est nullement proportionnel au degré de l'infection elle-même et qu'en aucun cas ce retard dans la régression ne saurait constituer une indication de quelque utilité. Trouverons-nous cette indication dans l'étude du pouls, de la température, dans l'examen de l'état général? Je n'ai pas cru devoir faire un étalage de citations étrangères et de faits toujours difficiles à contrôler; mais, pouvant avoir des documents sous les yeux, j'ai pris le parti le plus simple et me suis rendu dans différentes Maternités; j'ai vu les femmes infectées dans les services d'isolement, j'ai compulsé les statistiques et feuilleté des milliers de feuilles de température conservées avec un soin remarquable par nos collègues les accoucheurs.

L'examen des statistiques prend ici une grande importance, car ce sont des statistiques totales et ces statistiques, publiées chaque année, appartiennent à des Maternités les plus différentes. J'ai pu ainsi, dans les comptes rendus publiés des deux cliniques de la Faculté, dans les Maternités de Saint-Antoine, Tenon, Hôtel-Dieu, etc., réunir **2.640** cas d'infection chez des accouchées, dont la température a oscillé de 38 à 40 degrés et au-dessus. Or, la mortalité totale de ces 2.640 cas est de 105, soit environ de 4 p. 100.

Mais, si cette mortalité globale des femmes ayant eu de l'hyperthermie nous montre que la mortalité est faible, la démonstration serait insuffisante, car, chez beaucoup de ces femmes, l'hyperthermie a été légère, transitoire, peut-être due à une cause infec-

tieuse minime, extra-utérine, comme une lymphangite mammaire, et, pour beaucoup d'entre elles, la question de l'intervention ne se serait même pas posée. Il était donc indispensable d'étudier plus intimement les tableaux de la morbidité maternelle de nos Maternités.

Or, en ne recueillant que les cas où la température a dépassé 39 degrés et s'est élevée à 40 degrés et au-dessus, j'ai relevé dans ces mêmes statistiques 851 cas; et si nous conservons le même chiffre de mortalité totale de 105, nous voyons que les cas d'infection grave donnent une mortalité de 13 p. 100 environ. Mais cette mortalité ne saurait incomber tout entière à ces 851 cas, car sur les 105 cas de mort, il y a des morts subites, des morts par embolie, par hémorragie, etc., qui sont survenues chez des malades ayant à peine dépassé 38 degrés.

Il faut évidemment aussi mettre de côté, dans ces cas de morts, ceux qui sont dus à des accidents éclamptiques, à des opérations césariennes, à des opérations de Porro ou à des hystérectomies abdominales; or, en fouillant davantage les statistiques, en remontant des tableaux statistiques aux observations de la Maternité de Saint-Antoine, si libéralement mises à ma disposition par mes collègues Bar et Tissier, il est facile de se convaincre que la mortalité véritable des infections puerpérales *graves* oscille autour de 10 p. 100.

En voyant les moribondes qui passent dans nos services, nous nous imaginons volontiers que toutes les infectées d'ordre obstétrical sont fatalement condamnées à mourir. C'est cette illusion qui a fait, pendant un temps, le succès d'un sérum anti-streptococcique, au bénéfice duquel on portait trop facilement les cas de guérison qui seraient survenus spontanément.

Je répète donc, avec une conviction absolue, que les malades infectées gravement dans les suites de couche et ayant eu plus de 39 degrés, guérissent dans la proportion de 90 p. 100 grâce aux soins ordinaires, *écouvillonnages*, *currettages*, *injections intra-utérines*, etc., et que ce n'est pas par l'examen de la température que nos collègues pourront faire le départ entre les malades qui doivent guérir à l'aide des moyens usuels et celles qui, destinées à mourir, auraient dû être opérées.

Pour faire pénétrer ma conviction dans l'esprit de mes collègues, j'ai apporté ici 40 feuilles de température de ces malades sérieusement infectées. A l'inspection de ces courbes, on est tenté de se demander pourquoi l'on n'est pas intervenu chirurgicalement; or, les 40 malades sont toutes guéries sans intervention chirurgicale.

Serait-ce dans l'examen du pouls que le chirurgien trouvera

l'indication cherchée? Malheureusement non. Chez ces infectées, le pouls suit la température; il devient rapide, filant et mou au fur et à mesure que le thermomètre monte, et sur ces 40 feuilles que je vous présente, on voit la courbe du pouls monter parallèlement avec celle de la température, et très fréquemment dépasser 120 pulsations par minute.

Ce n'est guère qu'à la période agonique qu'il y a dissociation de la température et du pouls. La mort survient avec une brusque rapidité qui ne laisse pas à l'indication opératoire le temps de se poser, si tant est que quelqu'un de nous soit tenté de pratiquer l'hystérectomie dans de semblables conditions.

Trouvera-t-on dans l'état général l'indication désirée? Je suis obligé de répondre par la négative; et d'ailleurs, rien n'est plus vague que l'appréciation de l'état général. Pour ma part, je ne saurais baser une indication opératoire sur ce fait qu'une femme a les traits tirés, le facies plombé et les yeux plus ou moins excavés. J'ai d'ailleurs tenu à voir moi-même ces malades et à me rendre compte de leur état. Dans le service d'isolement de l'hôpital Saint-Antoine, j'ai vu, au milieu d'autres infectées plus légèrement, deux malades gravement atteintes dont voici les courbes de température : leur pouls atteignait 130, le thermomètre montait au-dessus de 40; l'une avait le visage congestionné, la respiration haletante, une certaine anxiété respiratoire; l'autre, plus pâle, le facies décoloré, avait cette béatitude que nous voyions si souvent autrefois chez les septicémiques.

Chez ces deux malades, accouchées depuis quelques jours, le ventre était souple, non douloureux; le globe utérin, volumineux, atteignait presque encore l'ombilic; j'avais la conviction que ces malades étaient presque condamnées. En tout cas, de leur examen attentif résultait pour moi cette impression : c'est que si j'étais consulté comme chirurgien, je considérerais toute intervention comme inutile et périlleuse et que je refuserais de l'exécuter.

Ces deux malades sont aujourd'hui en voie de guérison; je suis persuadé que si elles avaient subi les assauts de la chirurgie, elles seraient mortes. Voici d'ailleurs la courbe de leur température.

Trouvera-t-on cette indication opératoire dans l'examen du sang des infectées? Pas davantage. Chez ces malades, le streptocoque n'apparaît dans le sang que très rarement et presque toujours à la période agonique. M. Tuffier se borne d'ailleurs à citer, à cet égard, l'opinion d'un auteur étranger; mais il reconnaît lui-même que l'examen hématologique ne saurait encore fournir l'indication recherchée et que c'est à la clinique seule qu'il faut s'adresser.

C'est dire, après ce que nous avons établi plus haut, que nous ne possédons encore *aucune indication véritable de l'hystérectomie appliquée au traitement des infections puerpérales.*

N'est-ce pas, d'ailleurs, la conclusion, assez inattendue, qui ressort de la lecture de la communication de M. Tuffier, puisqu'il écrit :

« C'est assez vous dire quelles incertitudes planeront peut-être longtemps encore sur les indications de l'intervention et sur le moment où nous devons intervenir. »

C'est donc à tort qu'on reproche aux accoucheurs de nous consulter trop tard.

Pas plus que nous, ils n'ont de signes leur permettant de reconnaître les malades qui doivent succomber des malades qui doivent guérir.

Or, à défaut d'aucun signe indicateur, je comprends pourquoi les accoucheurs ne nous adressent que les femmes presque moribondes, car s'ils nous abandonnaient la totalité de leurs infectées, je ne sache pas que la meilleure de nos statistiques pourrait atteindre dans ces cas graves 90 p. 100 de guérison.

Et, d'ailleurs, sauf les quelques cas très rares de guérison opératoire (si rares dans nos hôpitaux parisiens qu'on les cite par le nom de leur auteur), que voit-on dans les observations, aussi bien en France qu'à l'étranger, sinon le récit d'une opération rapide, brillante même, exécutée en quelques minutes? Mais cette prouesse opératoire s'est terminée presque toujours par la mort dans les quelques heures qui ont suivi l'intervention.

Le jour où l'on trouvera un signe nous permettant d'affirmer que l'infection est limitée au parenchyme utérin, et qu'il y a lieu d'enlever ce foyer d'infection, ce jour-là on pourra discuter les indications et les contre-indications de l'hystérectomie. L'intervention est assez meurtrière, dans les conditions où elle se présente, pour qu'elle ne soit pas abandonnée au seul hasard d'une impression personnelle.

Aussi, je conclurai en disant que, *dans l'état actuel de la science, l'hystérectomie n'a pas encore trouvé d'indication suffisante pour pouvoir être proposée comme traitement de l'infection puerpérale aiguë.*

M. Paul Reynier. — Je n'ai jamais fait d'hystérectomie abdominale ni vaginale dans les cas d'infection puerpérale.

Toutefois j'ai écouté avec grand intérêt nos collègues, qui sont venus défendre cette opération.

J'ai cherché à saisir dans leurs communications les indications de cette intervention, qui, si j'en juge par les statistiques apportées,

donne des résultats peu encourageants, et à laquelle on ne doit se résoudre qu'en désespoir de cause, avec des données cliniques bien précises. Or, j'ai été très étonné de ne voir personne nous parler du secours que peut nous donner en pareille circonstance la bactériologie. Sauf M. Ricard, qui nous fait remarquer qu'il y a *infection puerpérale et infection puerpérale*, les unes très graves, les autres pouvant guérir par les moyens simples (curettage, irrigations antiseptiques), on semble considérer dans cette discussion l'infection puerpérale comme une maladie une, à laquelle on devrait opposer une thérapeutique unique.

Or, les faits bactériologiques et cliniques donnent un démenti complet à cette manière de voir.

Les travaux de Krœnig, bien connus en Allemagne, ont montré qu'on pouvait distinguer dans les infections puerpérales, celles où le streptocoque est en jeu, celles où c'est le gonoccoque, ou le staphylocoque, et celles où ce sont les saprophytes, les microbes anaérobies qu'on doit accuser.

Ces infections se distinguent, au point de vue clinique, par un ensemble de symptômes dont, en présence d'une infection puerpérale, vous devez tenir compte, et que vous devez relever avec soin pour diriger votre thérapeutique. Ces symptômes vous serviront peut-être plus que la fièvre, qu'on trouve, comme le faisait remarquer M. Ricard, très élevée, même dans les cas qui doivent guérir.

L'*infection à saprophytes*, tout en pouvant s'accompagner d'un aspect général grave, est une affection qui reste longtemps locale. L'examen des organes génitaux vous décèle ce genre d'infection.

Par l'utérus s'écoule une sanie roussâtre, très fétide; les plaies de la vulve, si elles existent prennent un vilain aspect, terne; les bourgeons charnus sont décolorés, grisâtres. Le frisson est exceptionnel, c'est généralement le deuxième jour qu'apparaît la fièvre, plus précoce que dans l'infection streptococcienne, où elle débute le troisième ou le quatrième jour. Dans ces cas l'utérus contient des débris placentaires. Le curettage, par suite, rend ici de grands services, ainsi que les irrigations antiseptiques. Ne seraient-ce pas des cas de cette nature, dans lesquels l'hystérectomie aurait donné des succès, compréhensibles parce que là l'utérus est seul en cause, que l'infection s'y localise, et n'a pas tendance à se généraliser, comme nous le verrons tout à l'heure, quand il s'agit du streptocoque?

L'*infection gonococcienne* a une marche moins rapide. La fièvre n'apparaît que plus tard. L'écoulement utérin est plus purulent. Les plaies vulvaires conservent un bon aspect contrastant avec cet écoulement. C'est dans ces cas que l'infection donne lieu à

des phlegmons péri-utérins, à des salpingites, en un mot à des abcès le plus souvent localisés.

Ici le curettage est le plus souvent contre-indiqué à moins de débris placentaires ; et vous réussirez beaucoup mieux par les grandes injections antiseptiques intra-utérines, fréquemment répétées.

Reste enfin l'*infection à streptocoque*, celle qui débute le 3e ou le 4e jour par un grand frisson, indice d'une diffusion métastatique des microbes, et à cause de cela d'un pronostic très sombre.

Là la sécrétion utérine se tarit, les plaies deviennent sèches, prenant un mauvais aspect, le ventre se ballonne vite, le ballonnement indiquant le passage du streptocoque de la cavité utérine au péritoine.

Or, dans ces formes graves, l'hystérectomie abdominale ou vaginale a-t-elle des chances de guérir les malades? J'en doute fort, comme je doute des succès des laparotomies précoces en cas d'appendicite streptococcienne. Toute intervention dans ces cas, comme toutes les fois qu'il s'agit du streptocoque, semble plutôt donner un coup de fouet à l'infection.

J'ai, il y a huit ans, alors que j'étais à l'hôpital Tenon, essayé d'intervenir rapidement dans ces infections puerpérales streptococciennes par une laparotomie, avec l'espoir, en ouvrant le ventre et en drainant, d'arrêter le mal ; mes tentatives ont toutes échoué, les résultats ont été déplorables. Les malades sont mortes plus rapidement que si je n'étais pas intervenu.

Et cependant, dans deux cas, j'intervenais presque immédiatement après le frisson initial, dès que le ventre se ballonnait. J'arrivais dans une cavité péritonéale contenant à peine de sérosité; le péritoine était seulement rouge, les trompes étaient rouges sang, perméables, montrant par leur coloration la voie par où se propageait de l'utérus au péritoine l'infection. Dans cette sérosité, dans la muqueuse de la trompe que j'avais enlevée, M. Marie, qui était alors mon interne, et qui travaillait déjà au laboratoire Pasteur, trouvait des cultures pures de streptocoques, ne laissant aucun doute sur la nature de l'infection. Ce sont ces faits qui m'ont découragé, et qui doivent décourager d'intervenir dans ces infections streptococciennes où vous ne luttez plus contre une infection locale, mais une infection générale, contre laquelle vous êtes impuissant, et que toute intervention, je le répète, aggrave.

D'un autre côté, comme on l'a fait remarquer souvent, ces infections streptoccociennes, si on ne les tourmente pas, si on se contente des lavages antiseptiques, de la glace, des bains, et de tout

ce qui peut relever l'état général, et faciliter l'élimination des toxines, peuvent guérir spontanément.

Je crois donc que nous devons tenir compte de toutes ces données cliniques et bactériologiques, dans lesquelles nous trouverons les indications que nous cherchons, et qui nous rendront très réservés dans nos interventions en cas d'infection puerpérale.

M. Paul Segond. — Tout ce que vient de dire notre collègue Ricard en termes si clairs me paraît marqué au coin du meilleur sens clinique et confirme ce que j'ai pu observer moi-même. Mon expérience personnelle est, ici, assez étendue, car, depuis dix ans, je suis chargé par mon ami le professeur Pinard de toutes les opérations chirurgicales de la clinique Baudelocque. Or, durant ces dix années de pratique active, nous n'avons pas une seule fois rencontré l'indication de traiter une septicémie puerpérale par l'hystérectomie. Pour être négatif, ce document n'a pas moins de valeur. Il ne démontre pas, en vérité, que l'indication en question ne puisse jamais se rencontrer, mais il m'a tout au moins convaincu qu'elle devait être tout à fait exceptionnelle. Bien entendu, je ne parle ici que des *septicémies puerpérales* visées par notre collègue Tuffier dans sa communication de 1899, c'est-à-dire des *septicémies post-partum sans localisation péritonéale ou annexielle.*

Lorsque l'utérus n'est plus seul en cause, et que les accidents septiques relèvent, par bonheur, d'une suppuration pelvienne quelconque, la chirurgie reprend tous ses droits et la question se présente sous un tout autre aspect. Cette distinction me paraît capitale, et si nous la négligions, comme le souhaite mon ami Rochard, nous risquerions de confondre des faits par trop dissemblables. En cas de suppuration pelvienne, nous sommes, en effet, tous d'accord : l'intervention précoce s'impose. Mais quand il n'y a rien d'appréciable du côté du péritoine et des annexes, quand l'utérus paraît être le seul coupable, c'est là que nous cessons de nous entendre et c'est là seulement que, pour ma part, je tiens à dire combien les indications de l'hystérectomie me semblent à la fois rares et difficiles à poser.

M. Tuffier. — Je voudrais ramener la question sur son véritable terrain pratique. J'ai montré dans mon premier mémoire de 1899 et dans ma communication de la dernière séance, les difficultés de poser des indications opératoires, et j'ai essayé de prouver que toute la question était là. En pratique, ces indications se posent dans des circonstances spéciales. Il ne s'agit pas de malades que nous avons suivies dans nos services, et dont l'infec-

tion a été étudiée et analysée dans ses différents stades. Nous sommes appelés par *un de nos collègues accoucheurs*, pour voir une femme atteinte d'infection puerpérale contre laquelle toute sa thérapeutique obstétrico-médicale a été épuisée; cette femme, son expérience éprouvée lui dit qu'elle succombera si la chirurgie n'intervient pas. C'est toujours dans de pareilles circonstances que j'ai été appelé. Eh bien, devons-nous, dans ces cas, refuser systématiquement toute opération et nous contenter de dire : « La chirurgie ne peut rien pour vous »? Notre rôle me paraît tout autre. Nous devons chercher s'il n'existe, en dehors de l'infection utérine, aucune lésion capable d'expliquer la persistance et la gravité croissante des accidents; nous devons calculer la résistance probable de la malade, et de ce double examen, conclure si les chances de guérison méritent que nous tentions un nouvel effort. Ce n'est pas un seul signe, un stigmate qui nous donnera cette réponse, c'est l'ensemble de la malade. Est-ce qu'il n'en est pas de même pour toutes les indications opératoires? Citez-moi donc un seul symptôme universellement reconnu comme nécessitant formellement une intervention dans les péritonites, dans les appendicites, dans les perforations intestinales? Mais si nous avions une formule bien nette pour l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, nous n'aurions plus besoin de discuter, ou même de parler. La question serait jugée et indigne d'intérêt. En attendant cette solution, les femmes meurent, et quand un accoucheur dont l'expérience et la prudence sont éprouvées, vient nous demander notre aide — ce n'est qu'après mûr examen qu'il faut le lui refuser — surtout quand les faits prouvent que ces femmes, vouées, par leur bon sens clinique, à une mort certaine, peuvent être sauvées par notre intervention. Le fait est indéniable puisque personnellement je vous en ai apporté la preuve vivante. Je crois avoir, en agissant ainsi, fait tout mon devoir, je crois avoir fait œuvre utile en vous donnant mes résultats et mes observations et je continuerai.

M. Rochard. — Je prends la parole pour m'associer absolument à ce que vient de dire M. Tuffier et pour répondre à mon collègue et ami Ricard. Il nous a apporté des chiffres recueillis dans cinq ou six Maternités de Paris ; mais, pour avoir une statistique exacte, il eût fallu prendre toutes les femmes atteintes de septicémie puerpérale traitées dans les hôpitaux de la capitale, aussi bien dans ceux qui n'ont pas de service d'accouchements, que dans ceux qui, en possédant, reçoivent directement les infectées sans passer par la Maternité, et le nombre de ces malades est grand. De plus, il a réuni tous les cas ayant présenté une tempé-

rature de 39 degrés à 40 degrés, mais une malade peut avoir cette élévation thermique, sans être pour cela dans un état grave, si le thermomètre ne tarde pas à baisser; il ne faut pas se fier à la seule température. M. Ricard lui-même a refusé ce symptôme comme pouvant servir d'indication à l'opération. Enfin, même en acceptant les chiffres de Ricard, il meurt 10 p. 100 des femmes atteintes d'infection grave à la suite de couches. Faut-il se croiser les bras, ne rien faire, et laisser mourir ainsi une femme sur dix sans rien tenter? Je ne puis accepter ce tranquille fatalisme.

A propos de la régression utérine, M. Ricard, avec tous les accoucheurs de Paris, nous dit-il, pense qu'il ne faut pas accorder d'importance à ce signe, car il peut se rencontrer chez des femmes qui ne sont pas infectées; rien de plus exact, mais encore est-il utile de savoir que cette involution anormale de l'utérus existe chez des femmes atteintes de septicémie puerpérale, car cette non-régression peut, à un moment donné, vous détourner de l'intervention. Je n'y attache du reste pas une bien grande importance, mais cette régression imparfaite montre qu'on a affaire à un utérus volumineux, dont la source d'infection est par cela même considérable, et ce symptôme, rapproché de la température, du pouls, de l'état de l'abdomen, de la fétidité de l'écoulement vaginal et de l'état général de la malade, peut concourir à un ensemble dont aucun détail ne doit être négligé, puisque nous nous mouvons dans l'incertain et nous trouvons devant des indications extrêmement difficiles à poser.

M. Ricard. — Il ne s'agit pas de savoir si nous céderons à un accoucheur qui nous intime l'ordre d'intervenir. Je n'accepterais jamais cette mise en demeure, et si on me demandait d'opérer une moribonde atteinte d'accidents septicémiques sans lésion locale, je n'interviendrais pas.

M. Tuffier. — Je sens très bien toutes ces difficultés d'indication; aussi, dans la discussion actuelle, je n'ai pas eu d'autre but que de justifier l'intervention, que de démontrer, pièces en mains, que dans certains cas les lésions utérines sont telles que l'ablation de l'organe peut seule guérir les malades; — les preuves, je vous les ai apportées, — et quand on trouve en plein parenchyme utérin des foyers de gangrène, quand un utérus est une éponge purulente, quand l'hystérectomie de pareilles pièces est suivie de l'amélioration immédiate et de la guérison rapide de malades regardées, par des accoucheurs de premier ordre, comme condamnées, il n'y a pas d'argumentation ou de recherche clinique qui puisse tenir devant de pareils faits, et il est acquis scientifique-

ment que certains cas, aussi rares que vous le voudrez, d'infection puerpérale, sont justiciables de l'ablation de l'utérus infecté.

M. Rochard. — Je n'ai rien à ajouter aux remarques que vient de faire M. Tuffier. Comme lui je pense que les opérations sont là pour fournir des pièces prouvant que les jours des malades étaient immédiatement en danger par les lésions de l'utérus infecté et que c'est l'hystérsctomie qui les a sauvées.

Lecture.

M. Galezowski fait une lecture sur la *sclérotomie dans le traitement du glaucome.* — M. Delens, rapporteur.

Présentation de malades.

Ligature de la carotide primitive.

M. Reclus. — L'opéré que je vous présente a subi la ligature de la carotide primitive pour un anévrisme artério-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux. Cet homme, âgé de quarante-huit ans, fit, le 22 janvier, une chute violente; il perdit connaissance, et dès le lendemain il entendit un bruit formidable, « comme un coup de marteau sur une enclume dans la galerie des machines ». Il vécut ainsi un an, et me fut amené en février dernier par le D[r] Despagnet. Les signes de l'anévrisme étaient des plus nets : exophtalmie, battements de l'orbite appréciables à la vue et au toucher, et bruit de extérieur avec redoublement à chaque systole artérielle. En même temps on constatait un léger chémosis, une grande vascularisation du globe de l'œil, de petites tumeurs molles sur la paupière, à l'angle interne de l'orbite. Enfin le malade accusait une diplopie fort désagréable.

La ligature de la carotide primitive, pratiquée sans incident, a immédiatement diminué, mais sans les supprimer totalement, l'exophtalmie et les battements orbitaires; le souffle très léger a reparu dès le lendemain, peut-être le jour même, puis il s'est accru pour diminuer de nouveau. A cette heure, constatation assez paradoxale, le bruit disparaît par instants pour reparaître comme par rafales. Il y aurait en outre une sorte de piaulement que le malade compare à une étoile filante, voulant dire sans doute qu'il commence avec éclat pour décliner ensuite. Ce souffle inter-

mittent va être étudié dans le laboratoire de M. Franck au Collège de France. Je dois ajouter que, d'après M. Despagnet, qui a examiné de nouveau le malade, l'acuité visuelle est remontée de 2/10[m] à 5/10[m].

Présentations de pièces.

Crise aiguë d'appendicite. Opération immédiate. Guérison.

M. Picqué présente un appendice volumineux et très long qu'il a enlevé ces jours-ci en pleine crise appendiculaire. Il existait des signes très nets de péritonite caractérisés par la rougeur du péritoine et de l'ascite. Le malade a guéri.

Kyste hydatique de l'utérus et de l'excavation pelvienne.

M. Picqué présente un gros kyste hydatique de l'excavation pelvienne adhérent à toute l'étendue du rectum. Il existait en outre un kyste de la paroi postérieure de l'utérus en partie inclus dans le ligament large. Résection partielle et capitonnage (méthode Delbet). La malade a guéri.

M. Lejars. — J'ai observé, il y a quelques mois, un de ces kystes hydatiques rétro-utérins, de volume très considérable. C'était chez une jeune fille de dix-neuf ans, qui me fut adressée par mon collègue le Dr Bourcy. La tumeur remontait jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et formait dans le cul-de-sac vaginal postérieur un relief très volumineux, qui se prolongeait jusqu'à mi-hauteur de la paroi correspondante. Je fis la colpotomie postérieure et j'évacuai 1.200 à 1.500 grammes de liquide eau de roche : la membrane mère fut décollée et extraite en masse. Sans lavage, je capitonnai à trois étages successifs la cavité avec du catgut n° 1, je fermai complètement l'incision et je tamponnai le vagin; mais il y eut, au cinquième jour, une élévation thermique, qui nous força à rouvrir et à drainer la poche.

Je cite simplement ce fait comme un exemple de gros kyste hydatique pelvien.

Le Secrétaire annuel,
Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 20 MARS 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. P. Sébileau, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

A propos de la correspondance.

M. le Président rappelle à MM. les candidats au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie qu'ils n'ont plus que huit jours pour faire acte de candidature.

A l'occasion du procès-verbal.

De la résection diaphysaire dans le traitement des fractures par coup de feu.

M. Nimier. — Dans la dernière séance, M. Picqué a posé devant vous la question de l'utilité de la résection dans le traitement des fractures diaphysaires par coup de feu. Or, l'observation qui a fait l'objet du rapport de notre collègue ne me paraît pas

suffisante pour justifier la revision du jugement porté d'après l'expérience des résultats obtenus au cours des guerres de la seconde moitié du XIXe siècle. Par suite, la réponse que je me permets de faire à notre collègue est très nette : la résection diaphysaire ne trouve pas d'indication en chirurgie d'armée.

A aucun chirurgien il ne doit plus venir à l'esprit de réséquer primitivement 10 à 12 centimètres de la diaphyse humérale, 12 à 14 de la diaphyse fémorale, pour régulariser le foyer osseux, trace du passage d'une balle, pas plus qu'une résection secondaire de ces diaphyses ne trouvera son indication du fait d'un cal plus ou moins difforme ou enflammé.

Ce n'est pas à dire cependant que le chirurgien devra toujours se confiner dans une abstention absolue. Suivant l'expression de M. Nélaton, c'est une question de bon sens que l'extraction des parcelles osseuses éparses dans une plaie largement béante, comme le trou de sortie d'une balle qui, tirée à 100 ou 200 mètres, a brisé, par exemple, le corps de l'humérus, du fémur ou du tibia. Un coup d'œil jeté sur cette gravure suffira pour le faire admettre ; elle représente les désordres causés dans la jambe par une balle qui, tirée à 200 mètres, a fracturé le tibia. Mais encore faut-il se garder ici de parler d'esquillotomie large ; toute esquille qui tient quelque peu doit être conservée. Nous n'en sommes plus à regarder les esquilles comme la cause de la suppuration.

Pour cette dernière raison, si le foyer très esquilleux d'une fracture diaphysaire ne communique à l'extérieur que par d'étroits trajets, l'abstention primitive pour moi est la règle. Peut-être vous souvenez-vous du travail d'un de nos confrères suisses, le Dr Tavel, travail rapporté dans votre séance du 20 avril 1898. Comme conclusion de ses recherches de laboratoire, Tavel écrit qu'en fait de désinfection dans le traitement des plaies par armes à feu, « moins on fait, mieux on fait ». Or, d'après les observations relevées au cours des toutes dernières guerres, il semble que ce soit là la vérité. Sans doute il convient d'attendre la publication des statistiques des guerres de Cuba et du Sud-Africain avant de porter sur cette formule un jugement définitif. Mais les quelques faits suivants plaident en faveur de sa justesse, c'est-à-dire de la non-intervention opératoire primitive dans le traitement des coups de feu diaphysaires.

Les trois premiers m'ont été communiqués par mon collègue le Dr Lagarde, de l'armée des États-Unis ; ils se rapportent à des blessés de Cuba.

Cette première radiographie montre une fracture relativement simple de la diaphyse du radius vers son milieu, lésion causée par une balle tirée à 400 mètres environ. A l'hôpital du champ de

bataille la blessure fut explorée, des tendons fléchisseurs déchirés furent suturés, la plaie fut fermée. Le tout suppura.

Le second fait a trait à une fracture esquilleuse située à l'union des tiers supérieur et moyen de l'humérus; quoique tirée à 500 mètres environ, la balle est restée contre l'os. La blessure a guéri sans suppuration après pansement et immobilisation.

Plus convaincante encore est cette fracture très comminutive avec déplacement des fragments, fracture située à l'union des tiers supérieur et moyen de la diaphyse fémorale. La blessure est restée aseptique. Sans aucune intervention le blessé a guéri avec un cal volumineux, un raccourcissement d'un pouce et demi, et néanmoins un état fonctionnel du membre parfait.

J'ai actuellement dans mon service au Val-de-Grâce un de nos camarades, le médecin-major Haller, qui, au cours de la mission Foureau-Lamy, dans un combat, fut atteint, le 2 mai 1900, à la cuisse gauche, par une balle en cuivre de 18 millimètres. Entrée un peu en dehors de la ligne des vaisseaux, celle-ci brisa le fémur à l'union de ses tiers supérieur et moyen, puis resta sous la peau de la face externe du membre. Un capitaine pratiqua l'extraction du projectile, et, sans aucun lavage des plaies ni de la peau voisine, un pansement plus que douteux comme aseptie fut appliqué, un fusil et une baïonnette assurant l'immobilisation. Quatre jours plus tard, un morceau de peau de bœuf fraîchement tué fut disposé comme une gaine autour du membre, et, rapidement desséchée, elle l'immobilisa très bien pendant les vingt jours que dura la première étape après la blessure.

Je ne suivrai pas notre camarade pendant son odyssée de retour, ce voyage a duré près de huit mois. Il suffira de noter que, au bout de deux mois et demi, pour ainsi dire sans suppuration, les plaies étaient cicatrisées, malgré du paludisme et des atteintes de congestion du foie. La fracture n'était pas consolidée. Elle ne l'était du reste pas encore quand, le 20 décembre dernier, M. Haller est entré dans mon service. La plaie d'entrée même s'était rouverte; elle fournissait une très faible quantité de pus et conduisait dans le foyer de fracture.

Cette première radiographie vous montre l'état de la lésion osseuse, et laisse soupçonner la déviation en forme de crosse du fémur. Le 3 janvier dernier je suis intervenu, mais nullement pour pratiquer une résection; j'ai brisé à sa base une pointe nécrosée du fragment supérieur, j'ai sectionné à la pince-gouge en son milieu une longue esquille formée par la ligne âpre, parce qu'elle mettait obstacle au rapprochement des deux bouts osseux que j'ai ensuite suturés au fil d'argent. Ainsi que vous pouvez le voir sur cette radiographie, les fragments sont en bonne position.

Les suites ont été normales, c'est-à-dire sans fièvre, sans autre suintement que le suintement sanglant plutôt que purulent qui de nos jours se voit après une pareille intervention. Le 12 mars dernier la suture osseuse a été enlevée, et, quoique le fémur ne soit pas encore solide, cependant mon blessé peut quitter le lit avec un simple appareil de marche constitué par deux attelles métalliques. J'aurai le plaisir de vous le présenter après guérison.

Dans mon service également se trouve un lieutenant d'infanterie coloniale qui, le 26 avril 1900, étant à Madagascar, a reçu au niveau du tiers moyen de la face interne du tibia gauche un fragment de pied de marmite, projectile habituel des fusils malgaches. Cinq heures après le moment de la blessure, un sergent européen put retirer le morceau de fonte, qui faisait une saillie d'un centimètre à la face postérieure de la jambe. Le premier pansement fait par un médecin fut appliqué après un transport de quatre jours en brancard. Après l'arrivée à l'hôpital de Fort-Dauphin la fracture fut réduite sous le chloroforme, la blessure suppurait abondamment; à plusieurs reprises des esquilles furent enlevées; enfin, fin septembre, la consolidation était complète.

Deux radiographies prises le 2 mars dernier vous montrent l'état du squelette de la jambe, sans donner, il est vrai, une idée d'un petit foyer d'ostéomyélite tibiale que j'ai curetté ces jours derniers.

Cet officier marche avec une canne et, malgré une légère déviation en dehors de l'extrémité inférieure de la jambe, il y a lieu d'espérer après guérison complète un résultat fonctionnel très suffisant.

N'ayant pas l'intention de discuter devant vous tous les détails du traitement des fractures par coup de feu, je ne tirerai des faits précédents qu'une seule conclusion : c'est qu'ils plaident en faveur de la non-intervention opératoire primitive et d'un minimum de manœuvres de désinfection dans le cas de lésions diaphysaires.

Utilité de la radiographie pour le diagnostic et le traitement primitif des fractures diaphysaires par armes à feu.

M. Loison. — A propos du rapport qui vous a été fait à la dernière séance par M. Picqué, permettez-moi de venir vous soumettre quelques réflexions au sujet du traitement primitif des fractures diaphysaires par balle.

Il s'agit là d'une question intéressante de chirurgie d'urgence, tant civile que militaire, qui me semble mériter votre attention.

La radiographie, comme le fait remarquer l'auteur du *Rapport sur l'emploi des rayons de Rœntgen dans la guerre hispano-américaine* (Washington, 1900), a permis d'étudier les fractures diaphysaires par armes à feu, d'une façon scientifique et beaucoup plus précise que l'on n'avait pu le faire auparavant sur le vivant. La plaque impressionnée par les rayons de Rœntgen nous fait voir la nature de la lésion osseuse, la forme de la fracture et le degré de comminution de l'os.

Outre ce côté théorique, les rayons de Rœntgen ont eu, pour la thérapeutique de ces traumatismes, le grand avantage de préciser le mode de traitement à employer, en démontrant que le degré de comminution de l'os ne jouait qu'un rôle insignifiant, en comparaison de l'état septique ou aseptique de la blessure qui constitue le facteur principal devant guider la conduite du chirurgien.

Dans plusieurs cas observés par nos collègues américains, où il y avait comminution osseuse étendue, lorsque la blessure était aseptique, la guérison eut lieu d'une façon favorable, avec le minimum de dégâts primitifs ou éloignés. Les esquilles détachées étaient englobées dans le cal, et la consolidation se fit constamment, avec plus ou moins de raccourcissement, suivant les cas.

Après le traumatisme, il suffit donc d'appliquer un pansement aseptique et occlusif sur la région blessée et de l'immobiliser en bonne position. Il faut rejeter le débridement préventif, l'esquillotomie précoce, et à plus forte raison la résection primitive. Ces opérations sont non seulement inutiles, mais elles risquent, quand elles ne sont pas pratiquées d'une façon suffisamment aseptique, d'amener la suppuration du foyer de fracture par infection secondaire.

Les résultats heureux fournis par le traitement conservateur s'obtiennent malgré l'infection primitive légère, mais fatale, de la blessure. Les recherches de *La Garde*, *Delorme*, *Habert*, *Faulhaber*, ont en effet démontré que, dans la réalité, toutes les plaies par balles, même celles qui sont produites par les petits projectiles modernes à chemise, contiennent des corps étrangers et des bactéries entraînées dans leur canal. Mais la pratique a prouvé d'autre part que le nombre des bactéries ainsi ensemencées n'est pas suffisant pour développer une infection chirurgicale et amener l'inflammation et la suppuration, pourvu que la blessure soit protégée par le pansement contre les infections secondaires, laissée au repos, et que le foyer de fracture soit convenablement immobilisé.

Je veux retenir particulièrement la question d'immobilisation, et vous montrer, en vous présentant ces deux radiographies, que les rayons de Rœntgen peuvent nous donner une image suffisamment nette des foyers de fracture, sans qu'il soit nécessaire d'enlever les gouttières en zinc de *Raoult-Deslongchamps* et de *Delorme*, ou l'appareil en toile métallique appliqué sur le membre. L'une de ces images représente une fracture de jambe exposée et récente, immobilisée dans l'appareil en zinc de Raoult-Deslongchamps; l'autre un fémur fracturé par une balle et placé en extension, avec l'appareil de Hennequin, après suture osseuse tardive faite par M. *Nimier*.

Certains chirurgiens avaient proposé, en prévision de l'emploi des rayons de Rœntgen pour le diagnostic primitif des fractures, de remplacer les appareils métalliques par des gouttières en feutre, en carton, etc... Les épreuves que je vous soumets me semblent démontrer que cette substitution n'est pas nécessaire, et que sans gêner la radiographie, nous pourrons utiliser le stock d'appareils métalliques divers qui se trouve dans nos approvisionnements de guerre.

Le membre fracturé étant bien immobilisé par ces appareils, nous n'aurons pas besoin de les enlever pour radiographier la lésion, et nous n'aurons aucune crainte d'aggraver le traumatisme, comme semble le redouter *Küttner*, dans sa relation chirurgicale de la guerre du Sud de l'Afrique (1).

Anévrisme de la carotide interne et du sinus caverneux.

M. Delens. — Dans la dernière séance, M. Reclus nous a présenté un malade auquel il a pratiqué avec succès la ligature de la carotide primitive gauche pour un anévrisme de la carotide interne et du sinus caverneux. Je regrette de n'avoir pu examiner complètement cet opéré, chez lequel persistaient encore quelques pulsations, mais qui paraissait, en somme, en bonne voie de guérison. Je désirerais surtout savoir quels étaient exactement les phénomènes constatés avant la ligature. Il m'a semblé qu'ils ne devaient pas être aussi accentués que le ferait supposer la date du traumatisme, qui remontait à deux années.

L'affection dont ce sujet était atteint se présente assez rarement à l'observation pour qu'il soit intéressant de noter tous les signes par lesquels elle se révèle et qui permettent de la diagnostiquer.

(1) *Beitraege zur klin. Chirurgie*, 1900, t. XXVIII, f. 3.

Aujourd'hui la radiographie pourrait, sans doute, nous renseigner utilement, et en particulier faire reconnaître le siège de la lésion osseuse, qui, le plus souvent, a déterminé la déchirure de la carotide interne. On sait, en effet, que dans plusieurs autopsies, et notamment dans un des deux cas de Nélaton, on a constaté une fracture par cause indirecte de la base du crâne, siégeant transversalement sur la gouttière basilaire de l'occipital et s'accompagnant d'une fracture du sommet d'un des rochers; c'est l'extrémité pointue de ce fragment qui avait perforé la carotide à son passage dans le sinus.

La question du *traitement* a aussi une grande importance. Je constate d'abord que chez l'opéré de M. Reclus, la ligature de la carotide primitive était légitimée par les pulsations et le bruit de souffle perçus par le malade et qui lui rendaient l'existence intolérable. Mais il ne faut pas oublier que certains sujets supportent, sans en souffrir autant, les différents symptômes de leur anévrisme, et qu'abandonnée à elle-même l'affection peut guérir. Il y a plusieurs observations de guérison spontanée, celles de Gayet (de Lyon), de Gauran, de Risley, de Higgens, de de Wecker. Je rappellerai aussi qu'il y a une dizaine d'années, M. le Dr Dieu, notre collègue, a présenté à la Société un malade chez lequel tous les signes de l'anévrisme existaient à un haut degré. Ce malade ne fut pas opéré, et cependant, si mes souvenirs sont exacts, il a fini par guérir.

L'électrolyse a été pratiquée dans quelques cas, par Martin (de Bordeaux), et aussi à l'étranger. Mais elle agit exclusivement sur la poche veineuse, et l'on peut craindre que parfois les coagulations gagnent le système artériel ou se propagent aux sinus de la base et y déterminent des accidents.

L'extirpation de la poche veineuse me paraît une opération pleine de danger, même si l'on a recours à l'opération de Krönlein, qui consiste dans la résection temporaire de la paroi externe de l'orbite et permet d'atteindre, dans certains cas, jusqu'au sommet de l'orbite.

C'est, en définitive, la ligature de la carotide primitive qui reste l'opération la plus rationnelle, et elle ne saurait être remplacée par la ligature de la carotide interne seule. Nélaton conseillait même de joindre à la ligature du tronc de la carotide celle de la carotide externe, afin d'empêcher plus sûrement le rétablissement de la circulation collatérale. Il peut arriver, en effet, que la thyroïdienne supérieure ramène dans la carotide externe le sang du côté opposé, et que, par la faciale et l'angulaire, la circulation orbitaire se trouve ainsi trop rapidement rétablie.

Il reste, sans doute, la crainte de voir la circulation cérébrale

complètement interrompue dans l'hémisphère correspondant du cerveau et suivie d'un ramollissement aigu. L'accident a été observé, mais néanmoins paraît très rare.

Aujourd'hui, la ligature de la carotide primitive ne présente plus le danger de l'infection purulente, qui à une certaine époque en aggravait beaucoup le pronostic. Sattler, dans sa statistique, qui comprend cependant les ligatures antérieures à la période antiseptique, a trouvé que la mortalité de cette opération faite pour les tumeurs anévrismales de l'orbite n'était que de 12,7 p. 100. Elle serait moindre certainement, si l'on ne comptait que les opérations pratiquées dans ces vingt dernières années. Quant à la proportion des guérisons de l'anévrisme, par cette même ligature, Sattler a trouvé qu'elle est de 60 p. 100; il n'y a que 27 p. 100 d'insuccès ou de résultats temporaires.

M. Reclus. — Je répondrai à M. Delens que la radiographie n'a pas été faite; mais elle sera exécutée, et elle permettra peut-être de voir le trait de fracture comme on le trouve dans les planches annexées à la thèse de M. Delens.

Au moment où le malade est venu me consulter, il existait une exophthalmie très accusée, une tuméfaction énorme des veines, une protusion du globe occulaire, une suffusion sanguine du fond de l'œil. Le souffle était si considérable, si gênant, que le malade le comparait au *bruit d'un coup de marteau dans la galerie des machines.*

Depuis l'opération, le souffle perçu par l'opéré est presque nul, l'acuité visuelle est passée de 2 dixièmes à 5 dixièmes. Il persiste cependant des battements et du souffle.

L'opéré dort bien, il est dans un meilleur état général; sa seule préoccupation est de savoir s'il peut recommencer à jouer, le soir, du cornet à pistons.

Rapport.

Sur deux communications
de M. le Dr Fontoynont, de Tananarive (Madagascar),

par M. POTHERAT.

Le Dr Fontoynont, qui exerce depuis quelques années à Tananarive, nous a envoyé deux communications curieuses en elles-mêmes, et qui, d'autre part, nous font connaître quelques particularités intéressantes de la pathologie à Madagascar.

L'une de ces communications se rapporte à *un cas de grossesse*

gémellaire extra-utérine, l'autre a pour but de nous relater divers cas de *calculs vésicaux chez des enfants.*

Grossesse extra-utérine.

I. — Le cas de grossesse extra-utérine gémellaire a trait à une femme hova, fabricante de pots, âgée de trente-cinq ans.

Cette femme avait présenté dans les premiers temps de sa vie des signes manifestes de syphilis héréditaire. Néanmoins, étant devenue enceinte à dix-sept ans, elle était accouchée normalement d'un enfant vivant, bien constitué : c'était un garçon, qu'elle allaita; sept mois après ce premier accouchement, elle devint de nouveau enceinte et accoucha à terme d'une fille, bien constituée et vivante, qu'elle allaita aussi.

Ici le Dr Fontoynont nous fait connaître une première particularité. La jeune mère, qui allaitait son premier enfant quand elle devint enceinte sept mois après son accouchement, continua à allaiter cet enfant durant toute sa seconde grossesse et, à la naissance de sa fille, elle poursuivit l'allaitement de ses deux enfants simultanément. Cette persistance de la lactation, habituelle dans la race bovine, est pour nous une anomalie dans la race humaine; elle est, paraît-il, habituelle chez les femmes hovas, et comme elles sont prolifiques pendant de nombreuses années, il en résulte qu'elles restent lactifères jusqu'à un âge avancé et qu'on peut voir à la fois dans une famille la fille, sa mère et sa grand mère en état de lactation et se repassant de l'une à l'autre les enfants à la mamelle.

Donc, la jeune Hova avait, à dix-huit ans, mis deux enfants au monde dans des conditions normales. Puis, dix-sept ans se passent, pendant lesquels il y aurait eu quelques troubles utérins, des métrorragies, mais pas de grossesse. Au bout de ce temps, en novembre 1898, il semble manifeste qu'une nouvelle grossesse commence; on observe la cessation des règles, la tension des seins, l'augmentation de volume du ventre. Toutefois notre Hova ne confie cet état qu'à des matrones indigènes. En mars 1899, au cinquième mois de cette grossesse présumée, tout à coup, de violentes douleurs abdominales apparaissent, accompagnées d'hémorragies abondantes, avec gros caillots; la malade est envoyée à l'hôpital indigène, en chirurgie. On diagnostique une fausse couche avec infection, on pratique des injections antiseptiques vaginales et même intra-utérines.

A ce moment, il existe dans le cul-de-sac de Douglas et dans le cul-de-sac latéral droit une masse volumineuse, remontant jusque dans la fosse iliaque; au milieu de cette masse le corps utérin n'est plus distinct. Ces symptômes coïncidant avec une

température de 38°8 à 39 degrés, un ventre douloureux, firent porter le diagnostic de « *phlegmon péri-utérin* ». C'est l'expression employée par l'auteur de la communication.

Conformant sa conduite à ce diagnostic, le chirurgien ponctionne, par le vagin, le Douglas avec la pince-trocart de Chaput; mais au lieu de pus, il voit sortir du sang, des caillots; une violente hémorragie se produit; il élargit l'orifice de la ponction, introduit le doigt dans le cul-de-sac, et sent un petit fœtus mobile dans une cavité assez large. Mais l'opérateur ne peut continuer; l'hémorragie s'aggrave; il se hâte de tamponner profondément avec des mèches de gaze iodoformée; l'écoulement sanguin cesse alors; on injecte, sous la peau, 200 grammes de sérum artificiel, et... la malade est laissée jusqu'au lendemain matin sur la table d'opération! Ce détail nous permet de penser que l'état de la patiente était des plus graves. Le lendemain, le chirurgien pratique la laparotomie médiane, sus-pubienne, trouve un utérus qui remonte jusqu'à l'ombilic; cet utérus est perforé à droite près de son angle et communique par cette perforation avec une vaste poche remplissant toute la fosse iliaque droite. Cette poche, qui est bien limitée par des adhérences péritonéales, contient des caillots sanguins et un fœtus d'environ trois mois, qu'on extrait. « Ce fœtus mesure 12 centimètres; la peau est apparente et caractérisée, nous dit l'auteur, les yeux recouverts par les paupières; mais le sexe n'est pas distinct. » On essaie d'enlever, par grattage, le placenta, adhérent à la poche, mais une hémorragie considérable se produit à la fois dans la poche et dans l'utérus. Elle est arrêtée par un tamponnement avec cinq mèches de gaze iodoformée de 1 mètre chacune de long, sur 5 centimètres de large. La femme gardait toujours d'autre part son tamponnement vaginal de la veille. Le ventre est partiellement refermé et on injecte encore sous la peau 200 grammes de sérum artificiel.

Au bout de deux jours ces deux tamponnements sont retirés avec précaution; celui du vagin est remplacé par une mèche simple. Je rappelle que de ce côté le doigt avait senti profondément un petit fœtus; c'était probablement celui trouvé par la laparatomie et retiré à ce moment. Or, lorsqu'on enleva le tamponnement de la poche abdominale, un deuxième fœtus apparut dans cette poche, fœtus ignoré jusque-là. Il est plus gros que le premier; il est noirâtre (le premier était blanc), les organes génitaux différenciés montrent qu'il s'agit d'un garçon; les ongles sont bien formés; il mesure 17 centimètres de long; un petit cordon ombilical le relie à un placenta fixé sur l'utérus, au niveau de son orifice de perforation droite qu'il comble en partie.

Ce fœtus est enlevé, le tamponnement renouvelé; le lendemain,

on établit un drainage abdomino-vaginal et de grands lavages sont pratiqués. La température toujours élevée s'abaisse rapidement jusqu'à la normale, les caillots s'éliminent, les parois se rapprochent et au bout d'un mois la malade est totalement guérie.

Depuis lors, cette femme est morte de tuberculose pulmonaire.

Telle est l'histoire de la malade du Dr Fontoynont, j'ai reproduit presque textuellement le récit de notre confrère; si donc bien des détails manquent qu'il aurait été important de connaître, si les faits ne sont pas toujours suffisamment explicites, je le regrette, mais je ne puis y suppléer. Telle quelle cette observation n'est pas moins extrêmement intéressante. Il y avait bien là deux fœtus; ils ont été vus, ils ont été examinés, mensurés; M. Fontoynont devait même nous les présenter. Malheureusement ces frères jumeaux, transportés de Tananarive à la côte en filanzane, puis en bateau à travers les mers, avec combien de soins, notre confrère seul le sait, n'échappèrent pas, entre Marseille et Paris, à la cupidité de quelque employé indélicat qui peut-être but l'alcool, ou qui voulut conserver une pièce rare; toujours est-il que les fœtus disparurent dans ce trajet.

La présence de deux fœtus dans une grossesse ectopique n'est pas fréquente assurément. Je ne saurais même dire combien de fois le fait a été observé et si même il l'a été; les auteurs que j'ai consultés sont muets sur ce point. Toutefois on a déjà observé la présence simultanée de deux fœtus dans la grossesse extra-utérine; mais l'un d'eux seulement était en ectopie, l'autre se développait dans l'utérus. Peut-être bien était-ce ainsi que les choses se présentaient ici. M. Fontoynont ne le croit pas; il nous dit qu'il y avait grossesse tubaire et grossesse interstitielle; mais il ne nous fournit pas les raisons de cette opinion, et lorsqu'on lit attentivement sa description, on voit que l'un des placentas était fixé sur l'utérus, au niveau de sa perforation, qu'il l'oblitérait en partie; de sorte qu'il n'est pas excessif de penser que ce placenta était intra-utérin, fixé dans la corne utérine peut-être.

Le volume de l'utérus, qui remontait, dit M. Fontoynont, jusqu'à l'ombilic, serait excessif si cet organe n'avait pas contenu de fœtus; et dans le cas où ce second fœtus eût été extra-utérin, on ne s'explique guère que l'opérateur ne l'ait point vu au cours de sa laparotomie.

Le second placenta, intra-tubaire, étant développé au voisinage du premier, intra-utérin, la paroi utérine s'est trouvée amincie, raréfiée à ce niveau, et c'est ainsi que, au moment de la rupture du kyste tubaire, la perforation de l'utérus a pu se faire; car c'est au niveau de l'ostium uterinum que cette perforation s'est produite. Elle a pu être produite aussi au moment de l'intervention vaginale.

M. Fontoynont, d'autre part, pense que les deux fœtus ne sont pas contemporains, à cause des différences qu'il a constatées dans leur développement et dans leurs dimensions, et il se demande s'il ne s'agit pas là d'une *superfétation.* C'est encore une hypothèse qui n'est pas suffisamment justifiée par les raisons qu'invoque son auteur et que pour mon compte je ne pourrais accepter. Les différences dans le développement des deux fœtus sont insuffisantes pour étayer l'idée d'une superfétation.

Enfin, en terminant, notre confrère nous dit que la grossesse extra-utérine lui paraît très fréquente à Madagascar, et en particulier en Emyrne. Il aurait eu souvent à donner ses soins à des femmes atteintes d'hématocèles rétro-utérines, suppurées ou non, et tout récemment il aurait avec un plein succès enlevé par laparotomie médiane un kyste fœtal, contenant un fœtus mâle à terme en train de se momifier (!), chez une femme antsihanaka (peuplade des bords du lac Alastra, au nord de l'Emyrne). M. Fontoynont ne nous fournit d'ailleurs aucun détail sur ces faits; nous ne pouvons donc les discuter.

Il ne me paraît pas nécessaire d'insister, à propos de l'observation de M. Fontoynont, sur le traitement de la grossesse extra-utérine. Cette question a été amplement discutée à la Société de Chirurgie il y a peu de temps, et chacun de nous a encore présentes à l'esprit les règles qui ont été si magistralement établies, en particulier par mon maître M. Segond, et sur lesquelles, comme beaucoup de chirurgiens, je règle ma conduite en pareil cas. M. Fontoynont avait manqué à ces règles en attaquant le kyste fœtal par le vagin; il a eu, comme M. Reynier, en particulier dans des observations qu'il nous a rapportées ici, et comme bien d'autres, d'ailleurs, une hémorragie formidable devant laquelle il a dû reculer, pour prendre la voie haute, qui est sur la seule voie indiquée en pareil cas. Son excuse réside dans ce fait que les symptômes observés l'avaient entraîné à un diagnostic erroné. Cette erreur n'est pas particulière à notre confrère, et les meilleurs cliniciens peuvent la commettre.

Quoi qu'il en soit, et par plus d'un côté, l'observation que nous a adressée M. le Dr Fontoynont est très intéressante; elle est digne d'être classée dans nos archives; la conduite qu'il a tenue et le résultat qu'il a obtenu font honneur à son habileté chirurgicale.

M. Paul Segond. — M. le professeur Follet, de Lille, qui a dû quitter la séance, m'a prié de vous rappeler qu'il a présenté autrefois à la Société de Chirurgie un cas de grossesse extra-utérine,

datant de dix-neuf ans, avec deux fœtus, l'un mort à terme dix ans auparavant, et l'autre atrophié et aplati.

M. TUFFIER. — Je vous ai rapporté ici même un cas de superfétation qui me paraît indiscutable. Il s'agit d'une femme que j'ai opérée pour une tumeur de l'hypocondre droit, laquelle tumeur était constituée par un fœtus de sept mois mort, logé sous le foie; or, cette femme était accouchée six semaines auparavant d'un enfant à terme, bien vivant.

Calculs vésicaux chez l'enfant.

II. — Les faits dont notre confrère de Madagascar nous envoie la relation dans la seconde partie de sa communication sont d'un tout autre ordre; ils ont trait aux *calculs vésicaux chez l'enfant.*

L'absence ou l'insuffisance de détails que j'avais été obligé de relever dans la première partie de la communication de M. Fontoynont sont plus manifestes encore ici. Trop souvent, l'auteur se contente d'un résumé vraiment trop succinct des faits, et cela nuit un peu à l'intérêt de son travail.

Les calculs vésicaux sont, paraît-il, fréquents chez les Hovas, au moins chez les hommes, car ils sont exceptionnels chez les femmes. Ils seraient tellement fréquents même que les indigènes font d'eux-mêmes le diagnostic et viennent trouver le praticien en lui disant qu'eux ou leurs enfants, suivant les cas, ont une pierre dans le ventre. Notre confrère, dans l'espace de deux ans, je crois, en a observé 18 cas; mais, chose curieuse, sur ces 18 cas, 13 se rapportaient à des enfants de moins de dix ans; et, au point de vue du sexe, 12 de ces 13 cas appartenaient à des garçons, 1 cas seulement à une petite fille. — Quelques-uns de ces enfants étaient très jeunes. — Ces calculs sont uniques ou multiples. Chez l'un de ces jeunes enfants, âgé de dix ans, la vessie contenait (on a vraiment quelque peine à le croire) dix pierres, je dis *dix*, dont chacune avait le volume d'un œuf de poule environ! Souvent le calcul unique a le volume d'un œuf de dinde; quelquefois, il est tout petit, comme un haricot, une lentille, et peut sortir par l'urèthre.

Ces calculs sont ordinairement durs; ils sont constitués par des urates, des oxalates, voire des phosphates; dans aucun des cas il n'y avait d'infection vésicale.

Dans ces 13 cas, 3 fois le calcul, tout petit, fut évacué par les voies naturelles, spontanément, ou à l'aide de manœuvres simples; une fois, on avait pratiqué la taille pré-rectale chez un enfant de dix ans. Cette taille avait été faite avant l'intervention de M. Fon-

toynont; elle avait été suivie d'une fistule rectale et d'une fistule périnéale, qui toutes deux guérirent après que notre confrère eut retiré de la vessie par la voie périnéale un calcul du volume d'une noix.

Neuf fois M. Fontoynont pratiqua la taille hypogastrique chez des enfants dont le plus âgé avait dix ans, et le plus jeune douze mois, la plupart ayant de trois à cinq ans.

Ces interventions ont donné huit succès et une mort chez un enfant de trois ans.

Notre confrère ne nous fournit pas d'autres détails que ceux que je viens de vous donner sur ces interventions; c'est vraiment trop peu, et le sujet eût mérité plus de développement. M. Fontoynont ne s'explique pas cette fréquence des calculs vésicaux chez les Hovas; chose curieuse, malgré cette fréquence, il n'a jamais observé, ni à l'hôpital, ni dans sa clientèle, de coliques néphrétiques, ni de signes de lithiase rénale; de sorte qu'il admet que ces pierres se forment en entier dans la vessie, opinion qu'il est difficile d'accepter.

Il remarque enfin que le diagnostic, chez ses jeunes malades, a été très simple par le toucher rectal; c'est là une constatation habituelle et qu'ont pu faire tous ceux qui ont examiné des enfants atteints de calcul vésical, ainsi que le rappelait récemment encore notre collègue Albarran.

J'en ai fini avec la communication de M. Fontoynont; elle offre moins d'intérêt qu'elle n'en eût certainement présenté si l'auteur était entré dans plus de détails; elle témoigne néanmoins d'une très grande activité chirurgicale chez notre confrère; elle atteste la variété de son sens clinique et de ses aptitudes opératoires; à ces divers titres, elle méritait de vous être signalée.

Comme conclusion à mon rapport, je vous propose de déposer le travail de M. Fontoynont, de Tananarive, dans nos archives, et d'adresser nos remerciements à l'auteur de ce travail.

Communications.

Hernies vésicales de la ligne blanche (1),

par M. TÉDENAT (de Montpellier).

Les hernies sont très rares dans la portion sous-ombilicale de la ligne blanche. Les cystocèles y sont absolument exceptionnelles et, dans les statistiques publiées en ces dernières années,

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

on ne trouve que les deux faits anciens de Ledran et de Richter.

Il y faut ajouter deux nouveaux cas : l'un publié par Gérulanos, en 1900, dans le *Zeitschrift für Chirurgie;* l'autre opéré par Tédenat, en mai 1900, et dont l'observation a été recueillie par Dufoix, interne du service.

Ledran est appelé en 1730 auprès d'un vieillard atteint de rétention d'urine. Il trouve la vessie distendue et une poche saillante sur le côté de la symphyse. Le cathétérisme montre que la poche contient de l'urine. Le malade meurt peu de temps après, mais l'autopsie ne put être faite et la description du cas n'est pas assez précise pour qu'on puisse conclure si la hernie s'est faite en dehors du muscle droit, comme le pense Gérulanos, ou en dedans.

Dans l'observation publiée par Richter, d'après Sonville (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, Paris, 1791), on vit, à l'autopsie, que la tumeur médiane et du volume d'un œuf de poule communiquait avec la vessie.

L'observation de Gérulanos concerne une malade opérée par Helferich. Comme elle n'a pas été encore citée en France, j'en donne un long résuné :

Femme de cinquante-deux ans, robuste. Huit accouchements normaux ; le dernier il y a neuf ans. La maladie actuelle commença, trois semaines après le dernier accouchement, par une sensation de tiraillement occasionnée par une tumeur du volume d'une noisette, qui se réduisait facilement. Deux ans plus tard, à la suite d'un avortement, la malade garda le lit pendant six semaines, durant lesquelles la tumeur resta continuellement réduite. Quand elle se leva, la tumeur ressortit. Elle se laissait réduire ; mais, quatre ans après, elle était devenue irréductible. Pas de souffrances. Aucune gêne pendant la miction, mais la tumeur était plus dure et plus tendre quand la vessie était pleine. Depuis un an, la tumeur a grossi et acquis le volume d'un œuf de poule. Au milieu d'avril 1898, en s'étirant, la malade vit se faire subitement une hernie du volume du poing, avec des douleurs de ventre, sans vomissements. Les besoins d'uriner étaient fréquents, mais la malade ne put évacuer que quelques gouttes d'urine. Six heures après, un médecin réduisit la hernie et la malade pissa abondamment, sans douleur. La tumeur persista comme avant.

Le 2 octobre, au commencement de novembre et le 2 décembre, les mêmes accidents se reproduisirent.

Entrée à l'hôpital le 16 décembre. Femme de musculature et d'adiposité moyennes. Parois abdominales flasques et vergeturées.

Trois travers de doigt d'écartement entre les muscles droits, sans trop de faiblesse de la ligne blanche.

La grande lèvre gauche est soulevée. On sent, dans sa partie interne, une tumeur du volume d'un œuf de poule, lisse, élastique, presque indolore. Cette tumeur se laisse isoler de toutes parts, sauf en haut, où existe un pédicule du volume du doigt, qui s'applique sur la symphyse, sans qu'on le sente pénétrer dans le ventre. On ne pose donc pas sûrement le diagnostic hernie.

Opération le 17 décembre 1898, par Helferich. Incision allant du milieu de la grande lèvre jusqu'à 2 centimètres au-dessus de la symphyse. Après section d'une couche de graisse parcourue par des veines dilatées, on arrive sur une tumeur lisse, fibreuse, dont on met à nu le pédicule. Il pénètre, au ras de la symphyse, entre les muscles droits, jusque dans le ventre. On écarte les droits, on tire sur le pédicule, la vessie apparaît. Donc, il s'agit d'une cystocèle. Le pédicule est coupé sur la vessie, d'où s'écoulent quelques gouttes d'urine. Réduction après suture. L'orifice herniaire a 2 cent. 1/2 de hauteur et 8 millimètres de largeur, mais il se laisse facilement distendre jusqu'à admettre trois doigts. Mictions fréquentes avec un peu de sang pendant les premières heures. La guérison fut complète en quatre semaines et la malade quitta l'hôpital, le 14 janvier, avec une cicatrice solide.

La tumeur enlevée a les dimensions d'un œuf de poule. A sa face externe, on voit trois nodules fibreux du volume d'un noyau de prune. La cavité a une profondeur de 4 centimètres. L'orifice a 2 ou 3 millimètres de diamètre, sur une longueur de 15 millimètres. La paroi a 1/2 centimètre d'épaisseur. La muqueuse est plissée. Dans la paroi, on trouve tous les éléments anatomiques de la paroi vésicale, avec des lésions peu accentuées d'inflammation chronique. Sur la portion distale de la poche, existe un menu kyste à paroi fibreuse et contenant un liquide riche en albumine, mais sans aucun des éléments normaux de l'urine. Ce petit kyste ne doit pas être un diverticule vésical, ayant perdu toute connexion avec la vessie, car, dans cette supposition, il contiendrait des cristaux et d'autres composants de l'urine. Serait-ce un hématome avec sclérose périphérique et transformation kystique du centre?

Brünner a vu assez souvent un ou deux kystes en avant des cystocèles. Il ne donne aucune explication ni sur leur nature ni sur leur formation.

Hernie vésicale médio-sus-pubienne existant depuis quarante ans, chez une femme, sans aucun trouble fonctionnel. Augmentation du volume de la tumeur, qui devient douloureuse. Excision de la portion

herniée remplie de pus. Suture. Réduction. Guérison rapide par réunion immédiate (Observation du professeur Tédenat). — Le 5 mai 1900, entre au n° 18 de la salle Desault, dans le service du professeur Tédenat, Mme Anna Bill..., ménagère, âgée de soixante-six ans, pour une tumeur occupant la ligne médiane dans les poils du mont de Vénus.

A l'âge de vingt-six ans, quelques semaines après un second accouchement normal, la malade constata, juste au-dessus de « l'os honteux », une tumeur du volume d'une grosse noix. Cette tumeur était dure, indolore spontanément ou aux pressions. Elle n'a subi aucun changement, malgré six autres accouchements et des occupations souvent pénibles. Pas de troubles menstruels ni urinaires.

Un mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur se mit à augmenter de volume progressivement, sans aucune diminution passagère. En même temps, douleurs sourdes, parfois lancinantes, et alors irradiant vers les fosses iliaques et les cuisses. Aucun trouble dans la miction; l'urine est toujours restée claire.

La tumeur est arrondie, du volume d'une grosse orange, mobile sur les plans profonds. Elle est suspendue à un pédicule large et court qui paraît implanté sur le bord supérieur de la symphyse. Elle est dure, à surface finement grenue. D'assez fortes pressions concentriques sont exercées sur la masse morbide. Elle reste irréductible, conserve ses dimensions, et la malade ne souffre pas. Matité complète. L'urine est rendue claire, sans aucune gêne, toutes les cinq ou six heures le jour, presque jamais la nuit. Elle contient par litre 21 grammes d'urée et 0 gr. 10 d'albumine.

M. Tédenat pense à un fibrome né dans les tractus fibreux d'insertion de la ligne blanche ou le périoste. La ligne blanche est étroite, solide; la paroi est d'une remarquable fermeté pour une femme de soixante-six ans, mère de huit enfants.

L'accroissement rapide de la tumeur dans ce dernier mois n'indiquerait-il pas une transformation en sarcome? De là l'indication d'une intervention chirurgicale, que la malade réclame à cause des douleurs qui depuis quelques jours se produisent assez pénibles.

8 mai. — Après asepsie de la région, incision verticale de 8 centimètres suivant l'axe de la tumeur, qui occupe la ligne médiane. Sous la peau, graisse formant une capsule épaisse, régulière, à grains gros à la surface, durs et vraiment scléreux profondément. Après écartement des lèvres de la capsule adipeuse, on se trouve en présence d'une surface gris rosé, fasciculée, avec des nodules fibreux du volume d'un grain de blé ou de maïs. Le doigt sent alors le pédicule rétréci brusquement à son union avec

la tumeur. Ce pédicule pénètre dans la cavité abdominale par un orifice arrondi limité en bas par le bord supérieur de la symphyse, de chaque côté et en haut par un pourtour fibreux disposé en un anneau épais, dense, creusé dans la ligne blanche et serrant fortement le pédicule.

Par une incision de 2 centimètres faite sur la partie déclive de la tumeur, il s'écoule environ 250 grammes de pus franc et sans odeur. L'incision est agrandie. La poche a une épaisseur de 12 à 15 millimètres, suivant les points, un peu plus vers le pédicule. Sa face interne a l'aspect d'une muqueuse, avec des plis gris rosé, qui se disposent en colonnes convergentes vers l'orifice du pédicule. Cette cavité ne peut être qu'une hernie de la vessie. Elle est lavée avec une solution d'eau salée à 7 p. 1.000.

Avant d'aller plus loin, M. Tédenat veut s'assurer de la manière dont se fait la communication entre la poche et la vessie. Pour cela, une sonde de femme est introduite par l'urèthre et la vessie est distendue à plusieurs reprises avec de l'eau boriquée. On injecte jusqu'à un litre sans que le liquide ressorte par la poche.

Alors une sonde cannelée est introduite par le trajet du pédicule. Elle pénètre sans difficulté. Le liquide injecté dans la vessie s'écoule par la cannelure de la sonde et la vessie se vide ainsi complètement. La sonde cannelée est retirée. En attirant légèrement en avant et en dehors les deux moitiés de la poche fendue, de manière à effacer les plis de la muqueuse dans le trajet du pédicule, le liquide injecté dans la vessie par l'urèthre s'écoule facilement par la poche. C'est donc le tassement des plis de la muqueuse dans le pédicule qui empêchait toute communication entre le corps de la vessie et sa partie herniée.

La poche est attirée au dehors non sans quelque effort, et on voit une bande fibreuse faisant partie de la paroi vésicale, large de 2 centimètres, sur laquelle s'applique, fortement serré, l'orifice herniaire.

Excision circulaire à un centimètre en arrière de la bande fibreuse, afin de ne laisser aucune trace de diverticule. Trois artérioles sont liées au catgut fin. Cinq points de suture au catgut pénètrent à 3 millimètres de la tranche de section sur la face externe et sortent sur la tranche dans la sous-muqueuse. Ils donnent une juxtaposition parfaite des lèvres de la plaie. Quatre points à la Lembert consolident la suture. Une injection abondante d'eau boriquée dans la vessie montre que la suture est étanche.

Il reste un menu moignon. Faut-il le réduire? M. Tédenat se décide à le faire pour les raisons suivantes : 1° la vessie est saine; 2° la suture est bonne, solide, étanche; 3° le moignon réduit sera

extra-péritonéal et enfoui dans des tissus sclérosés peu perméables; 4° en cas de filtration très improbable, la réouverture de la plaie serait aisée et assurerait un drainage facile.

Le moignon ne pouvant passer sans effort et sans violence, peut-être dangereuse pour la suture, l'orifice herniaire est agrandi par une incision verticale médiane de 2 centimètres. Alors, le moignon entre aisément et l'incision de la paroi est fermée par six points de suture au crin de Florence. Une sonde de Malécot est mise à demeure. Pansement sec.

13 mai. — Il n'y a eu aucune réaction fébrile. La sonde a bien fonctionné, l'urine est restée claire : réunion parfaite. Les fils sont enlevés.

17 mai. — La malade rend toutes les quatre ou cinq heures des urines claires, sans la moindre douleur. Petite surface granuleuse au niveau du point inférieur qui a été drainé.

26 mai. — Guérison parfaite. M. Tédenat a revu la malade au mois de décembre. Elle a repris depuis longtemps son travail et jouit d'une excellente santé. Il ne reste aucune trace de sa cystocèle et la cicatrice est d'une remarquable solidité.

Cette observation appelle quelques remarques très brèves, car il est inutile de reproduire ici tout ce qu'on a écrit sur les cystocèles en général.

Il semble que la position de la vessie sur la ligne médiane devrait la disposer à se hernier sur la ligne blanche. Mais, à sa partie inférieure, la ligne blanche est très étroite et, de plus, elle est renforcée en avant par un faisceau fibreux triangulaire résistant et par le muscle pyramidal. En arrière, les faisceaux de renforcement forment une lame triangulaire épaisse (ligament sus-pubien de Breschet, *adminiculum lineæ albæ*, de Henle) qui se fusionne en un tissu serré avec les autres éléments fibreux qui constituent la ligne blanche. A son point d'insertion sur le pubis, le ligament sus-pubien présente sur la ligne médiane un point faible. C'est une arcade en fossette ou en véritable trou dans lequel passent quelques menues branches des vaisseaux épigastriques accompagnées par un peloton adipeux.

Je crois que c'est par cet orifice que s'est faite la hernie de la vessie chez ma malade. Au cours de l'opération, j'ai parfaitement vu le trajet herniaire formé en bas par la symphyse et de chaque côté par une bande fibreuse épaisse. Les deux montants fibreux se soudaient à la partie supérieure de l'orifice.

Toutes les hernies se font en un point faible de la paroi abdominale. L'effort intervient dans bien des cas, mais il n'est efficace que si, en quelque endroit, la résistance est diminuée, ou si, déjà, la hernie est amorcée.

Le peloton adipeux, hypertrophié par le fait de la grossesse, a servi d'agent d'amorce et de traction. La vessie a obéi, peut-être grâce à une distension qui avait rendu sa paroi flasque et parétique. Avec Terrier, Lucas-Championnière, Kœnig, je crois le lipome herniaire facteur causal important dans beaucoup de hernies épigastriques et crurales.

Le rôle de l'effort dans la pathogénie des hernies ne saurait être nié; mais je crois qu'il a été accessoire et même nul chez ma malade. S'il en eût été autrement, comment comprendrait-on que, pendant quarante ans, la cystocèle soit restée irréductible, mais sans augmentation de volume, malgré six accouchements et une existence de pénible labeur ?

Chez la malade de Helferich-Gérulanos, des efforts de pandiculation, « d'étirement », ont, à plusieurs reprises, déterminé une augmentation subite du volume de la cystocèle, et on comprend que, dans ces conditions, et vu d'ailleurs le faible développement du lipome préherniaire, Gérulanos invoque l'effort comme agent causal unique. Mais il faut remarquer que sa malade présentait un diastasis considérable des muscles droits et que la communication était large entre le diverticule herniaire et le corps de la vessie. La presse abdominale s'exerçait, par l'intermédiaire de l'urine, dans la portion herniée et la propulsait. Ce mécanisme ne pouvait intervenir chez ma malade, puisque le tassement des plis de la muqueuse formait, dans le trajet du col de la hernie, un bouchon qui empêchait toute communication entre le corps de la vessie et sa portion herniée.

L'augmentation de volume et les accidents douloureux qui amenèrent la malade à se faire opérer furent déterminés par une véritable suppuration avec érosions superficielles de la muqueuse et infiltrats sous-muqueux de leucocytes.

Dans mon cas, tous les éléments rationnels manquaient pour établir un diagnostic préopératoire logique et précis. La malade n'avait jamais éprouvé de troubles urinaires, la tumeur avait toujours été irréductible et de volume constant. D'ailleurs, les variations de volume, la réductibilité, les troubles urinaires (signes classiques des cystocèles) font souvent défaut ou passent inaperçus dans maintes hernies de vessie surajoutées aux entérocèles et le diagnostic complet n'est fait qu'au cours de l'opération. Mais aussi, que de hernies opératoires artificiellement déterminées par les tractions sur le sac pour les besoins d'une bonne cure radicale !

Septicémie puerpérale prolongée, hystérectomie supra-vaginale, guérison (1),

par M. MONZIE.

Mme H..., grande et forte paysanne de trente-neuf ans, entra à ma clinique le 28 août 1899.

N'ayant jamais été malade, elle a eu cinq accouchements, dont le dernier remonte à deux mois; elle traîne depuis ce moment-là et n'a jamais pu se remettre. Bien que son accouchement ait été facile, pendant quinze jours elle a eu des frissons et une grande fièvre.

A son entrée, elle a des températures oscillant de 39 à 39°5, des nausées avec une inappétence absolue; le ventre est ballonné, très douloureux, surtout à gauche; la vulve laisse écouler un liquide sanieux, des lochies qui n'ont pas cessé depuis la délivrance.

A l'aspect, cette femme, ordinairement colorée, a le teint terreux, la peau flasque, elle a sensiblement maigri. Les nuits sont mauvaises, elle a de la diarrhée, les forces ont complètement disparu.

La palpation est presque impossible à cause du ballonnement du ventre et de son extrême sensibilité.

Par le toucher, on sent une tumeur, grosse comme une mandarine, dans le cul-de-sac antéro-latéral gauche; l'utérus, assez volumineux, est refoulé en arrière. Les deux culs-de-sac latéraux sont effacés, particulièrement le gauche, et les ligaments larges paraissent épaissis et empâtés. Cet examen assez douloureux ne peut être très prolongé à cause de la résistance de la malade.

Comme elle toussait et avait quelques gros râles dans les bases, on lui donna une potion opiacée, la poitrine fut couverte de révulsifs pendant qu'on la baignait et qu'on l'aseptisait. L'opération eut lieu le 2 septembre 1899. Le Dr Lamiot surveillait le chloroforme et j'étais aidé par le Dr Deseille et par mon fils, externe des hôpitaux de Paris.

Une incision médiane du pubis à l'ombilic me conduisit sur l'épiploon, qui adhérait aux masses emplissant le petit bassin. Après ligature en chaîne au catgut, l'épiploon fut coupé, la partie ligaturée fut repoussée dans le ventre avec les intestins, qui furent protégés par une épaisse couche de compresses aseptiques. La malade était sur le plan incliné. On put alors se rendre compte des lésions.

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

Une tumeur fluctuante, grosse comme une orange, adhérait à la corne utérine gauche, au ligament large également fluctuant et à l'S iliaque fusionnée avec toute la masse. Le cul-de-sac de Douglas était comblé par ce paquet, qui débordait du côté droit et adhérait à une partie du ligament large de ce côté.

Le ligament large droit ayant été décapité, les vaisseaux utéro-ovariens ainsi que l'artère du ligament rond et l'utérine droite ayant été liés séparément au catgut fin, je m'efforçai de séparer la vessie de l'utérus, mais tous les tissus étaient si friables que, bien que je ne me servisse que de la pulpe du doigt, il se produisit une déchirure de la vessie qui adhérait à la masse inflammatoire du ligament large gauche. Avant d'aller plus loin, cette déchirure fut fermée par trois étages de suture au fil fin d'Alsace, en prenant bien soin que les points du premier étage ne percent pas la muqueuse vésicale. Je séparai alors le corps de l'utérus du moignon vaginal qui devait rester, mais le tissu utérin était si friable que je n'eus pas besoin d'employer d'instrument tranchant : les doigts y entraient comme dans un morceau de foie macéré. C'est à dessein que j'emploie cette comparaison, car le tissu utérin était plein de vacuoles d'où s'écoulait un liquide poisseux analogue au pus. Ceci fait, l'utérus fut enlevé de bas en haut avec la tumeur fluctuante contenue dans le ligament large qui adhérait au psoas iliaque et à la terminaison du gros intestin. En libérant ces adhérences, il se produisit une éraillure de la tumeur du ligament large et il s'écoula un peu de pus. Il fut reçu sur des compresses aseptiques, toute la masse fut enlevée rapidement et la cavité qu'elle remplissait fut asséchée avec des compresses aseptiques après ligature isolée des artères.

A gauche, tout le petit bassin était dénudé jusqu'aux muscles; on voyait l'artère iliaque et l'uretère.

Après avoir été cautérisé au Paquelin, le moignon utérin fut suturé, puis recouvert de péritoine suturé au catgut, ainsi que tout le côté droit de la fosse iliaque et une partie du côté gauche, où, faute d'étoffe, je dus laisser un espace cruenté grand comme deux pièces de 5 francs en argent. Aussi cet espace cruenté fut-il séparé du reste de l'abdomen par un rempart de gaze iodoformée, en arrière de laquelle furent placés deux gros drains en caoutchouc. La paroi fut ensuite réunie par trois plans de suture laissant passer la gaze iodoformée et les drains par l'angle inférieur de la plaie. Pansement aseptique et sonde de Pezzer à demeure dans la vessie.

Examen de la pièce.

L'utérus, friable, se déchirait sous les doigts, qui ouvraient des petites cavités d'où s'écoulait un liquide poisseux, puriforme. La

tumeur sur la corne utérine gauche était fibromateuse et contenait deux géodes pleines de pus. Le ligament large gauche paraissait fibreux et renfermait un abcès volumineux; celui de droite était épaissi et enflammé.

Si on eût enlevé l'utérus par le vagin, comme il n'était relié à la masse purulente que par sa corne gauche, on eût presque infailliblement laissé les lésions principales sans y toucher. Si, voulant compléter l'opération, on avait extirpé la masse enflammée et purulente, on eût ouvert, peut-être même réséqué, l'S iliaque qui lui était intimement unie par des adhérences. Il n'y avait donc que la voie haute qui permît une opération non aveugle et complète.

Malgré l'opération, les phénomènes septicémiques persistèrent plusieurs jours, la température oscilla de 38 à 39°9 jusqu'au huitième jour où elle descendit au-dessous de 38 degrés pour ne plus se relever. Le ventre resta modérément ballonné bien que les intestins eussent repris leurs fonctions, et du pus assez abondant s'écoulà par les drains.

Pendant les quatre premiers jours, on injecta quotidiennement un litre de sérum artificiel.

Les urines coulaient abondamment par la sonde de Pezzer, quand la sonde se boucha, le quatrième jour. La malade se plaignant du besoin d'uriner, on retira la sonde de Pezzer, qui fut remplacée par une sonde en verre qui ramena un demi-litre d'urine. La vessie était donc parfaitement étanche, aucun point de la suture n'avait cédé. A partir de ce jour, toute sonde fut donc enlevée et la malade urina seule.

Les drains furent retirés le 20 septembre; deux jours après, la plaie était comblée, il ne resta plus qu'une petite plaie cicatricielle qui ne tarda pas à s'épidermiser.

Le 27 septembre, la malade, ayant pris froid, fut atteinte d'une bronchite qui fit remonter le thermomètre à 39°2 pour un seul jour, puis tout rentra dans l'ordre.

La malade se levait, mangeait, reprenait des couleurs et des forces. Le 5 octobre, elle quittait la clinique, complètement guérie.

Je l'ai revue à mon cabinet à la fin de novembre 1899. Elle me raconta qu'à son retour chez elle, une diarrhée, durant quinze jours, l'avait fort affaiblie et avait retardé sa convalescence. Elle venait me trouver pour un petit abcès qui s'était formé à l'angle inférieur de la cicatrice. Il était occasionné par un fil que j'enlevai, et quelques jours après, elle m'écrivait que cette fois la guérison était complète. Son état général était parfait, elle avait repris de l'embonpoint, n'éprouvait plus aucune douleur, et pouvait vaquer à ses travaux fatigants de fermière sans la moindre gêne.

Contribution à l'étude de la chirurgie du médiastin antérieur,

par M. RICARD.

Le 15 novembre entrait, dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, une femme de trente-neuf ans. Cette femme portait, depuis son enfance, une canule qu'elle avait dû conserver à la suite d'une trachéotomie pratiquée pour des ulcérations laryngées survenues à la suite d'une fièvre typhoïde. Malgré cela, elle jouissait de la plus parfaite santé, lorsque, le 14 novembre au soir, elle fut prise d'un accès subit de suffocation : la portion intra-trachéale de la canule s'était désoudée et était tombée dans les voies aériennes.

Cet accès de dyspnée fut de courte durée et la malade put, sans inconvénient, sortir le lendemain pour se soumettre à la radiographie. L'épreuve qui nous fut remise montra la canule à cheval sur l'éperon de la bifurcation bronchique, sa petite extrémité plongeant dans la bronche droite.

Le 17 au matin, après anesthésie par le chloroforme, j'introduisis par l'orifice trachéal une pince longue et flexible que j'avais été choisir chez M. Collin, et je tentai d'extraire le corps étranger par les voies naturelles. Mais il me fut impossible de renouveler plus de deux fois cette tentative; des menaces graves d'asphyxie, avec de violents soubresauts du thorax, m'empêchèrent d'insister.

Je fus donc conduit à rechercher si, par la voie intra-médiastinale, je n'obtiendrais pas un accès plus favorable vers le corps étranger.

Je pratiquai la résection de la moitié supérieure du sternum, pénétrai dans le médiastin, suivant une technique que je vous exposerai dans un instant, abordai la trachée près de sa bifurcation et l'explorai à plusieurs reprises. Mais, malgré tous mes soins, je ne sentis la canule ni sous la partie inférieure de la trachée, ni à l'origine de la bronche.

Dans ces conditions, craignant que le corps étranger ne fût descendu dans le poumon et ne fût définitivement hors d'atteinte, je m'arrêtai et, après avoir laissé une mèche dans la plaie médiastinale, je refermai le lambeau cutané.

Les suites furent ce qu'elles devaient être. Après deux jours d'état satisfaisant, la température monta, atteignit 39°2 ; le quatrième jour, des phénomènes de gangrène pulmonaire se développèrent. La malade exhalait une odeur tellement infecte que je dus l'isoler au fond de l'hôpital.

Elle mourut six jours après l'opération, avec une asphyxie et une dyspnée progressives.

Malgré l'insuccès de l'intervention, je crois utile néanmoins de faire connaître dans le détail la technique opératoire que j'ai suivie. Car je suis convaincu qu'elle permet au chirurgien l'exploration large et facile de la moitié supérieure du médiastin antérieur, et qu'elle peut être utilisée pour d'autres cas et dans d'autres conditions. L'expérience de chacun étant forcément limitée pour des opérations de ce genre, j'ai pensé qu'il était bon de communiquer à nos collègues les enseignements que j'ai pu tirer de ma tentative opératoire.

L'incision à laquelle j'ai recours part de l'articulation sterno-claviculaire gauche, suit le bord supérieur de la fourchette sternale, empiète d'un centimètre environ sur la clavicule droite et, se recourbant perpendiculairement, descend parallèlement au bord droit du sternum et à 4 centimètres de lui environ. Arrivée au bord supérieur de la troisième côte, elle se réfléchit de nouveau à angle droit, devient horizontale et se dirige sur le sternum qu'elle traverse pour atteindre son bord gauche. En d'autres termes, c'est une incision en U dont la convexité est à 4 centimètres à droite du sternum et dont la branche supérieure longe la fourchette sternale.

Le lambeau est disséqué de façon à mettre à nu les cartilages costaux et la moitié droite du sternum ; puis, avec une rugine, on désinsère les parties molles qui remplissent l'espace intercostal. On désinsère au bistouri le cartilage de son insertion avec la côte, et, de la rugine et du doigt, on décolle les parties molles situées en arrière des cartilages costaux et du sternum. Cette dissection s'accompagne d'un suintement sanguin insignifiant dont on vient facilement à bout.

Pour découvrir le médiastin et relever le sternum, il faut désinsérer cet os de la clavicule et le sectionner, dans son milieu, sur toute la hauteur de la portion libérée. La seule partie délicate de ce temps opératoire est la désarticulation sterno-claviculaire, étant donnée l'intimité des rapports de la face postérieure de l'articulation avec le tronc brachio-céphalique veineux. Il eût été périlleux de faire cette désarticulation au bistouri, aussi je me suis servi d'une pince gouge étroite, analogue à celle qu'on utilise pour les craniectomies, et avec la plus grande facilité je morcelai l'interligne de la superficie vers la profondeur.

La section verticale du sternum fut faite rapidement à la pince coupante.

Les parties molles de la moitié supérieure du médiastin étaient ainsi mises à nu.

Ce qui me préoccupa alors en premier lieu était l'ouverture du cul-de-sac pleural. La dissection s'en fit avec grande facilité. Le

cul-de-sac pleural et la languette pulmonaire droite furent décollés, rejetés à droite et protégés par une compresse. Je n'eus à noter aucune modification dans le rythme respiratoire.

La face médiastine de la plèvre droite fut décollée avec une extrême facilité et on put voir alors la veine cave supérieure très reconnaissable à sa direction verticale, à ses alternatives de vacuité et de réplétion ainsi qu'à son volume considérable.

Le tissu cellulaire est des plus lâches. Aussi la crosse aortique est aisément libérée, mais plus difficilement maintenue par un écarteur, tellement étaient grands les mouvements de locomotion de l'aorte. Son volume nous a semblé beaucoup plus considérable que celui que nous donnent les injections cadavériques même les plus fortement poussées.

Entre l'écartement de la veine cave supérieure et de l'aorte, plutôt derrière l'aorte, se trouve la trachée, reconnaissable au toucher grâce à ses anneaux élastiques.

Le champ opératoire est absolument exsangue; seuls les mouvements d'expansion du poumon et les mouvements de locomotion de l'aorte gênent l'opérateur en ne permettant de saisir la trachée que pendant le retrait du vaisseau. Pendant sa diastole, l'aorte, mal maintenue, balaie le champ opératoire et cache le plan profond.

Néanmoins, c'est avec la plus grande netteté que j'ai pu voir toute la veine cave supérieure, la face médiastine de la plèvre, les ganglions péri-trachéaux et la trachée.

Lorsqu'on cesse d'écarter les organes du médiastin, la cavité artificielle créée par l'opérateur se comble d'elle-même, grâce à l'expansibilité des organes qui y sont contenus.

Il est facile de drainer la partie inférieure de la plaie et de suturer le lambeau périosto-cutané.

L'exécution de cette opération sur le vivant me permet de vous soumettre les réflexions suivantes :

La résection de la partie supérieure du sternum et des cartilages costaux adjacents permet d'explorer facilement et aisément la partie supérieure du médiastin antérieur. L'ouverture des culs-de-sac pleuraux, voisins de la ligne médiane, peut être évitée. Lorsque l'intervention est bien conduite, il n'y a pas d'hémorragie sérieuse.

La brèche ainsi créée ne permet pas l'exploration au-dessous de la bifurcation bronchique à droite ; elle laisse hors du champ opératoire toute la bronche gauche.

A ce niveau, la bifurcation de la trachée, la partie initiale de la bronche droite sont à une profondeur de dix centimètres. La veine cave supérieure plonge dans le péricarde et se laisse diffici-

lement écarter. Les veines pulmonaires effleurent ou débordent le bord supérieur de la bronche. La cavité péricardique remonte le long de l'aorte, et il est incontestable que là se trouve le point extrême où peut porter — par en bas — l'intervention chirurgicale.

C'est pour cette raison que je conseille de limiter la résection sternale au niveau du bord supérieur de la troisième côte. L'agrandissement du champ opératoire par la partie inférieure est inutile et dangereux.

Au contraire, plus on remonte, plus la veine cave devient accessible, plus l'aorte se dévie à gauche, plus la trachée est facile à atteindre. Au niveau de la bifurcation bronchique, la trachée se trouve, avons-nous dit, à une profondeur de 8 à 10 centimètres ; en face la première côte, elle ne se trouve qu'à 5 centimètres du plan cutané.

Il m'a paru qu'avec les moyens dont nous disposons actuellement, il serait périlleux d'essayer de suturer, à une telle profondeur, la plaie faite à la trachée. L'espace est profond et étroit, la locomotion de l'aorte, la distension alternative de la veine cave, les battements du cœur, l'expansion pulmonaire, rendent mouvant le champ opératoire, et les organes mobiles risqueraient de se blesser sur les aiguilles.

Malgré ces difficultés spéciales, il résulte de ce que j'ai pu voir sur le cadavre que la voie sternale est la seule voie qui permette d'aborder le médiastin antérieur. La voie postérieure m'a paru absolument impraticable.

En terminant, je rappellerai qu'il ne faut pas compter sur la sensation fournie par le toucher pour reconnaître l'existence d'une canule dans la trachée. On a vu plus haut que je ne l'ai pas reconnue au cours de l'exploration ; sur la pièce apportée à l'École pratique, l'exploration digitale nous a donné les mêmes résultats négatifs. Et même, en ayant soin de fixer le corps étranger par une sonde cannelée, la sensation perçue était des plus vagues.

Il faut donc que le chirurgien qui tente d'extraire, par la voie médiastinale, un corps étranger de la trachée, se décide à inciser le conduit trachéal, même si son exploration a été négative.

Telles étaient mes conclusions, et j'aurais borné là ma communication, si j'avais été appelé à prendre la parole dans une des dernières séances. Mais depuis, grâce à l'obligeance de mon collègue et ami Rochard, j'ai eu connaissance d'un cas publié dans la *Lancet* du 26 janvier dernier, cas tellement semblable au mien que je dois l'analyser et le soumettre à votre appréciation.

Voici l'observation résumée. Il s'agit d'un paysan égyptien,

trachéotomisé quelques années avant pour une sténose laryngée d'origine syphilitique. La canule se désoude et tombe dans la trachée. Après quelques jours, la température commençant à s'élever, M. le D[r] Milton, après avoir échoué dans ses tentatives d'extraction par les voies naturelles, se décida à attaquer la trachée par la voie antérieure. Ici je lui laisse la parole :

« Une incision est faite, de la plaie de la trachée à l'appendice xiphoïde. La peau est reclinée de chaque côté et le sternum et la trachée sont en vue. Les tissus sont alors séparés, avec le couteau, de l'échancrure sternale, et le bout de l'index, insinué aussi bas que possible sur la face postérieure de l'os, repousse en arrière la trachée, l'artère innominée et écarte la veine innominée.

« Le sternum est scié sur la ligne médiane, l'incision commençant au bord supérieur. A ce niveau les organes profonds sont soigneusement protégés par l'index, étant graduellement repoussés en bas jusqu'à l'appendice xiphoïde. Un ciseau est entré dans l'incision et retourné suffisamment pour permettre l'introduction de deux écarteurs puissants au moyen desquels les deux parties du sternum sont écartées.

« La principale difficulté pour la séparation vient des trousseaux fibreux situés sur la face postérieure de la poignée du sternum, et, après leur dissection soigneuse au bistouri, les deux parties peuvent facilement (librement) être séparées. L'écartement atteignait 4 centimètres au niveau de la poignée du sternum.

« La trachée n'était pas complètement exposée au point où elle est croisée par les vaisseaux innominés, mais, même après qu'ils furent écartés, on ne put voir la bifurcation. Un crochet est alors introduit dans la trachée ouverte, et la trachée est fortement amenée au dehors. Cette manœuvre combinée à l'écartement des vaisseaux permet de voir complètement la bifurcation.

« Une incision d'environ 2 centimètres est alors faite sur la face antérieure de la trachée, à la partie la plus inférieure de ce qui est amené (c'est-à-dire juste au-dessus de la bifurcation). Un mucus mousseux, purulent et de mauvaise odeur, s'échappe et est soigneusement essuyé. Les lèvres de l'incision étant écartées donnaient beaucoup de jour dans la trachée jusqu'à la bronche droite. Le tube de métal n'apparaît pas encore. Le petit doigt est alors introduit et son extrémité est introduite dans la bronche droite et bute sur le tube qui avait commencé (?) à noircir (?) et qu'on ne pouvait apercevoir. Guidée par le doigt, une petite pince fut introduite, mais elle n'eut pas la force d'extraire la canule parce que sa portion élargie était enclavée dans l'épaisseur de la bronche. Par hasard le tube est partiellement retourné et alors saisi et extrait sans difficulté. »

Une suture fut très imparfaitement placée sur la trachée, à cause de la profondeur de sa situation et la dureté de ses tissus.

La peau est réunie, et derrière le sternum, une mèche de gaze au dermatol sert de drainage et sort à mi-hauteur de l'ancien orifice de trachéotomie.

Le malade meurt le lendemain dans la nuit. L'autopsie démontra une médiastinite aiguë avec pneumonie double au début.

Notre confrère le Dr Milton fait suivre son observation de réflexions intéressantes :

Il reconnaît que son malade est mort de septicémie, que cette septicémie est due à l'occlusion trop hermétique de la plaie et au mauvais drainage, et à la nature du tissu cellulaire du médiastin, particulièrement favorable à l'infection.

Il déclare que, dans un autre cas, il ne recourrait plus à la suture trachéale, à cause de sa grande difficulté.

Enfin, pour faciliter le drainage, il ferait la résection sous-périostée de la poignée du sternum. M. Milton insiste ensuite sur la nécessité de protéger les sutures cutanées par un pansement collodionné pour éviter l'infection venue de la plaie trachéale.

En analysant ensuite les dangers que cette opération fait courir au malade, M. Milton remarque qu'il n'y a pas de choc, pas d'hémorragies, pas de troubles des fonctions vitales, soit du côté de la respiration, soit du côté de la circulation, et que la septicémie est le grand danger. Aussi insiste-t-il sur la nécessité d'établir un bon drainage, et il n'hésiterait pas à pratiquer d'avant en arrière un drainage à travers le médiastin postérieur, qui, dit-il, est presque praticable et pas aussi difficile qu'il le semble à première vue.

Cependant il admet que le drainage à travers le sternum est encore la meilleure méthode.

J'ai tenu à rapporter l'observation de l'auteur dans la *Lancet*, car elle est exactement superposable à la mienne, et l'on peut en tirer quelques conclusions déjà plus étendues.

La technique opératoire qu'a suivie M. Milton est défectueuse et me paraît devoir être rejetée. C'est une voie trop étroite, permettant difficilement l'accès des organes profonds. Ceux de nous qui ont fréquenté les salles d'injections cadavériques savent avec quelle violence il faut écarter les deux valves du sternum fendu à sa moitié pour pouvoir aborder la crosse aortique.

De plus, on ne peut produire l'écartement du sternum qu'en l'éloignant du plan postérieur. Cela découle du mécanisme même de l'inspiration et du jeu des arcs costaux; aussi l'écartement du sternum augmente la profondeur de la plaie médias-

tine de 4 à 5 centimètres; on ne peut opérer qu'au bout d'instruments, ce qui accroît les difficultés déjà grandes de l'intervention et la rend périlleuse. Enfin je suis étonné que notre confrère ne parle ni de la crosse aortique, ni de la veine cave supérieure. J'ai répété son procédé sur le cadavre et je suis stupéfait de son silence à cet égard.

Cette fente sternale, déjà défectueuse pour l'acte opératoire, est mauvaise pour le drainage ultérieur, si mauvaise que M. Milton propose de terminer par la résection du manubrium. A mon avis, il vaut mieux commencer par la résection sternale, qui donne une voie plus large et plus chirurgicale.

Notre confrère a été particulièrement bien inspiré lorsqu'il recommande de soulever la trachée avec une érigne. Par cette manœuvre, il a pu rendre facilement accessible la bronche droite, qu'avant cette traction il atteignait difficilement.

Comme lui, j'avais conclu aux difficultés de la suture de la plaie trachéale. Comme lui encore je pense que l'infection consécutive est le gros danger, et que l'acte opératoire est plus simple qu'il ne le paraît *a priori*.

Mais la voie d'infection est double; elle peut venir de la plaie trachéale et de l'ancien orifice de trachéotomie. Chez notre malade, elle est venue de cet orifice par la chute de crachats fétides dans le pansement. Il y a là évidemment des précautions particulières à prendre.

Mais de l'ensemble de ces deux observations, il résulte que la voie sternale permet d'aborder d'une façon précise, sans choc, ni hémorragie, la partie supérieure du médiastin antérieur.

M. Delbet. — Je demanderai à M. Ricard s'il n'aurait pas été possible, avec une aiguille fine, de traverser la paroi antérieure de la trachée et de sentir le corps étranger.

M. Ricard. — Je n'ai rien senti par la palpation et ai cru devoir m'en tenir à cette exploration. Prévenu aujourd'hui que cette palpation à travers l'épaisseur et la rigidité de la trachée peut être trompeuse, j'accepte volontiers l'idée de l'acupuncture de la trachée.

M. Delbet. — Ce qui m'a conduit à faire cette remarque, c'est que notre collègue Ricard nous a dit, dans son intéressante communication, que si on répétait son opération, il faudrait délibérément fendre la trachée, quoi qu'il arrive. Je crois qu'il vaudrait mieux s'assurer de la présence du corps étranger par la ponction, si cette ponction est facile.

M. MONOD. — Cette opération est recommandable, nous dites-vous, mais c'est surtout pour les tumeurs que vous venez d'ouvrir une voie, car il me semble impossible d'éviter l'infection par les crachats, et la médiastinite aiguë, dans les cas de corps étrangers où, après trachéotomie, on tenterait cette opération. Sans compter qu'aux sécrétions trachéales s'ajouteront celles provenant de la bronche ouverte, dont l'occlusion par suture est reconnue impossible.

M. RICARD. — Il faudra laisser la plaie absolument ouverte, avec un très large drainage, seul moyen de se mettre à l'abri de l'infection.

Présentations de malades.

Carie sèche de l'épaule droite. Résection. Beau résultat fonctionnel.

M. DEMOULIN. — C'est grâce à la bonne obligeance de mon maître et ami, M. Gérard Marchant, auprès duquel je remplis les fonctions d'assistant officieux, que j'ai pu opérer le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, atteint de carie sèche de l'épaule droite. Il souffrait beaucoup de son articulation malade, atteinte d'ankylose très serrée.

C'en était assez, me semble-t-il, pour justifier la résection de la tête humérale.

Cette résection, pratiquée le 19 décembre 1900, il y a par conséquent trois mois, fut rendue pénible par l'ankylose fibreuse déjà signalée. Des brides nombreuses et très courtes réunissaient la tête humérale atrophiée à la cavité glénoïde.

J'enlevai toute l'extrémité supérieure de l'humérus, faisant passer le trait de scie au niveau du col chirurgical; curettage de la cavité glénoïde, enlèvement de son cartilage peu adhérent, jaunâtre, érodé. Je passe sur l'opération, désirant, surtout, vous montrer ce qu'elle a donné.

Je tiens à dire que la mobilisation a été faite dès le quinzième jour et le massage commencé à la même époque. Il a été continué, à l'asile national de Vincennes, sous la direction de M. le Dr Delfau, que je ne saurais trop remercier des soins dont il a bien voulu entourer mon opéré.

Vous pouvez voir, Messieurs, que le résultat fonctionnel est des plus satisfaisants.

Le malade porte très facilement la main sur l'épaule du côté

opposé et derrière son dos; il arrive, en fléchissant un peu la tête, à promener sa main sur la voûte du crâne, de l'occiput au front.

Il peut maintenir, pendant quelques secondes, son membre étendu, en dehors, dans une position très voisine de l'horizontale.

Le mouvement de projection en avant du membre étendu est plus limité, mais il est cependant très ample; je veux dire que le bras, ici, se rapproche moins de l'horizontale que quand le malade l'étend directement en dehors. Dans tous ces mouvements, l'omoplate ne bouge pas. Notre opéré peut enfin, en se servant du membre opposé, pour soutenir un peu le membre réséqué, élever les deux bras verticalement, en joignant les mains, prenant ainsi, veuillez me passer l'expression, la position du baigneur qui va piquer une tête.

L'extrémité supérieure de l'humérus réséqué n'a aucune tendance à se déplacer en avant; elle reste, dans tous les mouvements, sous la voûte acromio-coracoïdienne.

J'ajoute que les douleurs vives qui existaient avant l'opération ont complètement disparu.

M. Schwartz. — Ce résultat est très beau. J'ai fait moi-même trois fois la résection de l'épaule pour des caries sèches de l'épaule et j'ai obtenu aussi d'excellents résultats.

M. Kirmisson. — Je félicite M. Demoulin du résultat qu'il a obtenu. La carie sèche de l'épaule est une des indications les plus nettes et les plus précises de la résection de l'épaule.

Ligature de l'artère sous-clavière pour anévrisme; résultats éloignés.

M. Tuffier. — Il y a trois mois, je vous ai présenté une femme chez laquelle je venais de pratiquer la ligature de la sous-clavière en dedans des scalènes pour un volumineux anévrisme intra et extra-scalénien de cette artère. A cette époque, on constatait encore dans le creux sus-claviculaire une certaine induration qui pouvait faire douter d'un succès parfait. Aujourd'hui, vous pouvez vous convaincre que cette induration a complètement disparu et la guérison peut être considérée comme complète et définitive. Ce résultat est assez rare pour que j'aie cru bon de vous le signaler.

Présentation de pièces.

Kystes dermoïdes des deux ovaires chez une femme ayant eu six grossesses.

M. Walther. — J'ai l'honneur de présenter à la Société deux kystes dermoïdes que j'ai enlevés il y a treize jours chez une femme d'une cinquantaine d'années, que j'avais déjà opérée en 1889 pour un carcinome du sein avec ganglions axillaires. Elle eut, six mois après, une récidive ganglionnaire qui fut enlevée ; depuis lors, la guérison s'est maintenue.

Depuis un an, la malade souffrait de troubles digestifs et de douleurs passagères dues à de l'appendicite chronique.

Il y a environ quatre mois, elle fut prise de douleurs pelviennes et, en même temps, se développa rapidement une tumeur juxta-utérine qui débordait à droite le fond de l'utérus et qu'on sentait en même temps dans le cul-de-sac postérieur.

Je fis la laparotomie le 7 mars. Je trouvai : 1° un kyste de l'ovaire gauche à pédicule quatre fois tordu et rejeté sur la corne utérine droite, avec des adhérences à l'utérus et à deux anses d'intestin grêle. Ce kyste avait un peu plus du volume du poing.

2° Un kyste de l'ovaire droit, situé dans le cul-de-sac postérieur, et du volume d'une orange. Ces deux kystes superposés donnaient la sensation d'une tumeur unique.

3° Un appendice très long, de 14 centimètres, moniliforme, rouge, vascularisé, avec des lésions de folliculite disséminée.

A l'incision, le contenu des deux kystes ovariques était constitué par une matière analogue à du beurre à moitié fondu et par des paquets de poils.

Si je vous apporte ces pièces, c'est que la malade a eu six grossesses. Autant que j'ai pu m'en assurer, en interrogeant nos collègues, les faits de kystes dermoïdes des deux ovaires chez la femme ayant eu des enfants doivent être assez rares.

M. Routier. — L'observation de notre collègue Walther me rappelle un cas analogue que j'ai opéré en 1891, la malade vit encore. Voici le fait :

Mme C..., âgée de trente-trois ans, mariée à dix-neuf, a eu sept enfants vivants et a fait entre temps cinq fausses couches.

Elle a même présenté ce fait rare, je crois, au cours d'une

grossesse gémellaire : elle accouche d'un fœtus à sept mois, celui-ci mourut; deux mois après, elle mettait au monde un enfant vivant, qui vit encore.

En 1890, elle eut sans cause apparente une poussée de péritonite qui céda aux moyens médicaux.

En avril 1891, il se reproduisit des phénomènes analogues, et on diagnostiqua un kyste de l'ovaire. Appelé à la voir, je confirmai le diagnostic en y ajoutant la notion de torsion probable du pédicule.

En mai 1891, je procédai à l'opération : je trouvai un gros kyste dermoïde très adhérent, remontant à l'ombilic, et dont le pédicule tordu quatre fois tenait à la corne gauche de l'utérus. Il existait en outre, tenant aux annexes gauches, un second kyste, aussi dermoïde, gros comme une grosse orange.

Je suis bien sûr d'avoir enlevé les annexes en totalité; malgré cela la malade une fois guérie a vu ses règles revenir régulièrement tous les mois, avec une durée de trois jours, et cela pendant deux ans au moins.

Il me serait difficile de dire ce qu'il restait d'ovaire sain à côté de ces deux kystes.

Par contre, j'ai opéré, en 1896, une dame de vingt-sept ans, mariée à dix-neuf, n'ayant jamais eu d'enfants, qui avait peut-être fait une fausse couche de six semaines dans les premiers mois de son mariage : elle avait deux kystes dermoïdes, un à droite, l'autre à gauche, gros comme des têtes de fœtus à terme ; j'ai noté que contre ces kystes on reconnaissait parfaitement les deux ovaires; celle-ci n'a jamais plus eu ses règles après mon intervention.

M. Ricard. — J'ai un cas semblable à celui de mon collègue M. Walther.

M. Potherat. — J'ai communiqué à la Société de Chirurgie l'observation d'une femme atteinte de deux kystes dermoïdes de l'ovaire et qui, cependant, avait eu des enfants.

M. Schwartz. — J'ai opéré avant-hier une femme de quarante-sept ans, de deux kystes dermoïdes de l'ovaire. Une portion manifestement saine de l'ovaire droit recouvrait le kyste dermoïde droit, et cette disposition nous explique la possibilité d'une grossesse.

M. Paul Segond. — Puisque chacun de nous relate ses observations de kystes dermoïdes doubles de l'ovaire, je puis vous citer

le cas d'une dame, ayant deux enfants, que j'ai opérée, il y a dix ans, de deux kystes dermoïdes volumineux de l'ovaire, l'un droit, l'autre gauche. Dans l'un des kystes existait une touffe de cheveux blonds, et dans l'autre des cheveux entièrement noirs.

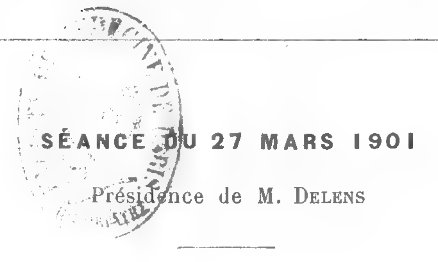
M. WALTHER. — Je remercie nos collègues d'avoir rapporté les faits analogues qu'ils ont observés.

Je ferai faire l'examen histologique de ces pièces et je vous l'apporterai. Il est intéressant de déterminer les rapports avec la portion intacte et fertile d'ovaire.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 27 MARS 1901

Présidence de M. DELENS

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. FELIZET qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. WALTHER se fait l'interprète de M. COLLIN pour offrir, de sa part, à la Société de Chirurgie, une boîte d'instruments destinés à la présentation des pièces anatomiques.

M. le PRÉSIDENT confie à M. WALTHER le soin de remercier M. COLLIN de la part de la Société de Chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

De l'extraction des corps étrangers trachéo-bronchiques, par la voie médiastinale postérieure.

M. QUÉNU. — Malgré les exemples bien connus de tolérance des voies aériennes pour les corps étrangers et spécialement pour les

corps étrangers métalliques, tels que les canules, qui d'une part laissent en partie passer l'air, et d'autre part sont moins sujets à s'altérer et partant moins aptes à engendrer des complications septiques, il n'en est pas moins vrai que la pénétration d'un corps étranger, et surtout sa fixation dans les bronches, constituent un accident grave. Il est du reste assez remarquable que les canules à trachéotomie pénètrent avec une très grande facilité dans les bronches : sur un relevé de dix-neuf cas de chutes de canules dans la trachée, Billot (1) note onze fois cette pénétration bronchique, sept fois dans la bronche droite et quatre fois dans la gauche.

Il est indiqué de commencer par des tentatives d'extraction directe à l'aide de pinces laryngées par l'ouverture trachéale; mais lorsque toutes les manœuvres ont échoué et que la radiographie a déterminé d'une façon précise la situation du corps métallique, il nous paraît légitime, en face d'accidents immédiats tels que l'asphyxie, comme dans le cas de Lautier (2), de faire une tentative d'extraction du corps étranger, fût-il à la bifurcation de la trachée, voire dans une des bronches. C'est à l'avenir de nous dire en nous donnant le taux de la mortalité opératoire, si ces mêmes tentatives sont applicables aux corps étrangers intra-bronchiques occasionnant peu d'accidents immédiats, mais créant un danger d'inflammation ou de gangrène pulmonaire et menaçant par trop de diminuer l'étendue du champ respiratoire.

La légitimité de l'intervention admise, à quelle voie convient-il de s'adresser ? Notre collègue M. Ricard, suivant l'exemple de Milton, a choisi la voie antérieure, et il vient de nous donner un récit détaillé des obstacles vasculaires qu'il a rencontrés sur sa route. Ce récit et surtout la répétition de son opération sur le cadavre ne nous donnent pas grande envie de la tenter sur le vivant. Lorsqu'on a évité la blessure du tronc brachio-céphalique veineux et l'ouverture du cul-de-sac pleural droit, dont le décollement est assez laborieux, surtout au niveau du 2e espace (3), on arrive sur le tronc brachio-céphalique veineux gauche, sur la veine cave supérieure et l'aorte ; aucun intervalle ne sépare l'aorte de la veine cave supérieure; il faut se créer un espace de pénétration par décollement, et ce décollement devient difficile en bas; par cet espace on arrive, il est vrai, assez facilement sur la face antérieure de la trachée, dans sa partie thoracique supérieure,

(1) Billot. *Annales des maladies des oreilles*, mars 1896.

(2) *Bull. Soc. Scienc. de l'Ouest*, II.

(3) A ce niveau, il adhère au cul-de-sac du côté opposé. Recherches faites avec notre élève et ami Piquand.

mais sa terminaison est profonde et, en avant d'elle, on rencontre des ganglions. Pour apercevoir la bifurcation de la trachée, il faut abaisser la base des oreillettes et surtout la branche droite de l'artère pulmonaire. La bronche droite ne peut être découverte que sur une très petite étendue, parce que d'une part la veine cave se laisse très difficilement écarter au niveau de sa terminaison, et d'autre part parce que la face antérieure de la bronche est bientôt recouverte par les vaisseaux pulmonaires.

En résumé, nombreux obstacles à écarter, gêne considérable créée par les mouvements de l'aorte, petit espace ne permettant pas de découvrir facilement la bifurcation de la trachée et ne permettant pas du tout d'arriver sur les bronches. J'ajoute que par cette voie on ne peut obtenir par exploration tactile aucune notion du contenu de la trachée et des bronches, les cerceaux cartilagineux y mettant obstacle : ce n'est donc pas une voie d'exploration, et c'est une voie d'accès imparfaite.

En réalité, la voie de pénétration antérieure n'est bonne que pour le cœur et le péricarde. En est-il une meilleure pour la trachée et les bronches? Je ne puis répondre affirmativement puisque l'expérience clinique me manque, mais je puis affirmer que, sur le cadavre, on arrive sans beaucoup de difficulté sur la bifurcation bronchique. J'ai repris mes recherches d'autrefois qui avaient eu l'œsophage pour objectif, et j'ai répété plusieurs fois, avec M. Piquand, une opération dont on peut ainsi régler les temps. Je dois dire que, préalablement, j'avais introduit, par une incision trachéale, une petite canule d'enfant, la plus petite, dans la trachée, puis, avec un soufflet, je poussai de l'air dans la trachée sans pression forte, car je n'avais pas lié la trachée sur l'extrémité du soufflet; chaque fois nous trouvions la canule dans une bronche.

Il était à prévoir, si l'opération permettait un accès facile sur les bronches, que le corps étranger pourrait être senti avec le doigt à travers le voile membraneux qui ferme le conduit trachéo-bronchique en arrière; et en effet, nous avons pu sentir le relief cylindrique de la canule et inciser directement sur elle. C'est là, sans conteste, une supériorité immense sur la voie antérieure, et, de fait, l'opération est restée fruste dans le cas de M. Ricard.

Pour arriver sur la bifurcation trachéo-bronchique, nous avons opéré alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche; nous avons pénétré au-dessus ou au-dessous de la crosse de la veine azygos; en fin de compte, voici le manuel opératoire qui nous a paru le plus recommandable. Nous avons choisi comme exemple

une opération sur la bronche droite; le sujet est couché sur le côté, le membre supérieur gauche pendant; une incision de 14 centimètres, partant de la 3e côte et allant jusqu'à la 8e environ, est menée contre le bord spinal de l'omoplate. Deux incisions perpendiculaires à la précédente à ses extrémités donnent lieu à un volet dont le pivot correspond au milieu de la colonne vertébrale. L'incision est suivie jusqu'au muscle et le lambeau cutanéo-musculaire rapidement disséqué.

Les 3e, 4e et 6e côtes sont réséquées. Nous avons ainsi un jour de 9 centimètres de long sur 7 centimètres de large. La plèvre médiastine est décollée, rejetée en dehors, une large valve appliquée sur le poumon; dans le haut de la plaie se voit la crosse de l'azygos. L'œsophage est reconnu et rejeté contre la colonne vertébrale. L'index gauche, enfoncé à 8 cent. 1/2 à ras des côtes, sent très facilement la ligne des tubercules formée par l'extrémité postérieure des cartilages trachéo-bronchiques. Un gros ganglion malade est libéré et écarté en bas. Une pince-érigne est conduite sur le bord gauche de la bronche droite, la tire en dedans et découvre sa face postérieure. L'index, enfoncé le long de l'érigne, sent de nouveau la ligne des cartilages, une petite dépression, et un relief formé par la convexité de la canule. La partie membraneuse étant incisée, on sent la canule et on l'extrait avec une pince à polypes.

Cette voie ne présente pas réellement de grandes difficultés, rien que l'azygos comme vaisseau, et il est toujours possible à la rigueur de le sectionner entre deux ligatures : la perception des anneaux trachéo-bronchiques est très nette, non moins que celle d'un corps étranger dur à travers la paroi membraneuse du conduit aérien. Je sais bien que ces opérations cadavériques ne sont pas du tout comparables à l'opération sur le vivant; l'expansion pulmonaire peut et doit être une gêne, mais le poumon est dépressible et doit se laisser écarter par une large valve: en somme, Rehn et Forgues (1) ont fait cette opération pour aborder l'œsophage. Si le premier a dû suspendre une première fois son opération pour la reprendre ensuite, c'est que sa plèvre s'était crevée sur un bout de côte : c'est là on l'avouera un accident facilement évitable : quant à l'opéré de Forgues, âgé de huit ans, il a très bien résisté au décollement de la plèvre médiastine.

Les expériences de de Forest Williard (2) sur les chiens ne me semblent pas prouver grand'chose, car elles parlent du collapsus du poumon comme si la plèvre avait été ouverte.

(1) *Cong. chir.*, 1898.
(2) Cité par Potarca, *th.* Paris, 1898; *Americ. journ. of the med. Sc.*, 1891.

Sarcome du médiastin.

M. Poirier. — L'intéressante communication de Ricard sur la chirurgie du médiastin antérieur, me donne l'occasion de vous communiquer une observation déjà ancienne sur ce sujet.

En 1896, alors que je remplaçais notre collègue Richelot à Saint-Louis, j'ai opéré avec succès une grosse tumeur du médiastin antérieur et j'ai eu recours à un procédé opératoire par lequel l'opération a été grandement facilitée.

Il s'agissait d'un homme de quarante-deux ans, très robuste, qui m'avait été adressé par le D[r] Ovion, le distingué chirurgien de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer. Cet homme souffrait depuis deux ans d'une douleur rétro-sternale, dont il ne s'était point d'abord préoccupé, mais qui avait augmenté progressivement et s'était compliquée depuis quelques semaines d'une gêne croissante de la respiration. Depuis quelques jours, des accès de dyspnée étaient survenus, très menaçants, et c'est alors que notre collègue avait été appelé auprès du malade. M. Ovion constata que la trachée, libre dans sa portion cervicale, était comprimée dans sa portion thoracique par une tumeur du médiastin dont les lobes supérieurs affleuraient la fourchette sternale, où le doigt pouvait les reconnaître. La matité était complète dans la région sternale supérieure, débordant de deux travers de doigt les côtés du sternum et se confondant en bas avec la matité cardiaque. La tumeur ne présentait point de battements : il s'agissait d'une tumeur du médiastin, adénopathie trachéo-bronchique ou autre.

Ovion résolut d'envoyer son malade à Paris : il l'accompagna même, car l'état était menaçant. Lorsque je vis le patient, il présentait un aspect pitoyable. Assis dans son lit, les yeux exorbités et hagards, la figure et le cou gonflés et violacés par la réplétion des veines, il introduisait avec peine un peu d'air dans ses poumons par des mouvements accélérés d'une respiration sifflante.

Il était urgent d'intervenir. Pendant que l'on transportait le malade à la salle d'opération, je réfléchis à ce qu'il conviendrait de faire et résolus d'enlever la première pièce du sternum afin de dégager la trachée dans la profondeur. L'homme mourait d'asphyxie, il fallait se hâter. Quelques bouffées de chloroforme ayant suffi pour achever d'anesthésier le malade, je commençai l'opération avec l'assistance de MM. Pauchet, Laurens et Pochon, internes de service, et de mon ami Ovion.

Je fis une incision en forme d'U, commençant sur l'articulation sterno-claviculaire droite, descendant le long du bord droit du sternum jusqu'à l'articulation du deuxième cartilage costal, tra-

versant ensuite le sternum pour remonter le long du bord gauche de l'os jusqu'au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire du même côté. Cette incision cutanée donna issue à une notable quantité de sang noir que je laissai couler. Le lambeau fut disséqué et relevé jusqu'à la hauteur du cartilage cricoïde. Il me fut alors possible d'explorer les lobes supérieurs de la tumeur qui débordaient la fourchette sternale de 1 ou 2 centimètres. J'introduisis l'index entre la tumeur et la face postérieure du sternum pour dégager celle-ci, surtout au niveau des articulations des clavicules, ce qui fut fait sans trop de peine. Je m'occupai alors de désarticuler les deux clavicules et de sectionner les deux premiers cartilages costaux : cela se fit sans peine, ni risque, car la tumeur débordant les côtés du sternum avait refoulé en arrière et en haut les grosses veines de la région. J'avais eu soin d'ailleurs d'introduire derrière l'articulation la lame large de l'écarteur malléable que je vous ai présenté. Ceci fait, je saisis la fourchette sternale avec un fort davier et renversai en bas la poignée du sternum, qui se détacha au niveau de son articulation avec le corps.

A ce moment, la tumeur vint faire saillie à la place qu'avait occupée le sternum, dégageant les organes profonds. La respiration devint plus aisée, en même temps que s'affaissaient les grosses veines du cou.

Avec l'index recourbé en crochet, j'attaquai la tumeur par sa partie supérieure et ses côtés pendant qu'un aide relevait les clavicules ; je parvins ainsi à détacher la moitié supérieure de la tumeur : elle avait environ le volume du poing. Lorsqu'elle fut enlevée, nous vîmes les deux troncs brachio-céphaliques et la veine cave supérieure sur un premier plan, l'aorte et les gros vaisseaux sur un second plan, et plus en arrière la trachée. Désormais l'opéré respirait facilement : nous avions du temps devant nous.

Malheureusement la partie inférieure de la tumeur n'était point lobulée et nettement circonscrite, comme la partie supérieure ; elle descendait derrière le corps du sternum et se prolongeait latéralement entre les plèvres et le péricarde. J'essayai en vain avec l'index de reconnaître ses limites et de la dégager. Je me décidai à enlever la partie supérieure du corps du sternum afin de me donner du jour. Je répète que le calme respiratoire survenu aussitôt après l'ablation de la poignée du sternum rendait la situation meilleure et nous donnait du temps.

Donc, je descendis sur les bords du sternum les branches latérales de l'U, qui devint ainsi un H, après quoi je disséquai et abattis ce lambeau inférieur comme j'avais relevé le supérieur.

Après avoir désarticulé de chaque côté les 3[e] et 4[e] cartilages

costaux, j'entamai le sternum au ciseau, amorçant une section transversale de l'os, qui se rompit au niveau des 4es cartilages costaux, lorsque je le renversai après l'avoir saisi avec un davier. Je pus alors poursuivre l'énucléation de la tumeur ; malheureusement celle-ci n'était plus, comme je l'ai dit, lobulée et nettement circonscrite.

Ce fut par grattage à la curette que je dus poursuivre l'ablation sur la face antérieure et les faces latérales du péricarde où je reconnus les phréniques, sur les plèvres médiastines très épaissies et refoulées en dehors par le développement de la tumeur, autour de la crosse de l'aorte et des grosses branches qui en naissent; je pus aussi dégager par grattage avec l'ongle la face postérieure de la veine cave supérieure, la crosse de l'azygos et la face antérieure des deux bronches. Là, je m'arrêtai, parce que je ne trouvais plus de parties appréciables de la tumeur, mais conscient que j'en laissais de la graine sur les gros vaisseaux dans le grattage desquels j'avais dû apporter la prudence nécessaire. Aussi bien, à ce moment, dans l'assistance nombreuse et intéressée, on chuchotait le mot de *biopsie*, non sans quelque apparence de raison. Le volume total de la tumeur extraite égalait la grosseur des deux poings.

En dehors de l'hémorragie veineuse pendant la taille du premier lambeau, cette énorme plaie saigna peu; les surfaces cruentées donnaient un suintement presque insignifiant. Je n'eus point de ligature à faire. Les lambeaux furent recousus : deux compresses tamponnaient légèrement la plaie et sortaient aux extrémités de la branche transversale de l'H.

Les suites furent invraisemblablement simples : l'opéré quitta l'hôpital le 28e jour; la réunion s'était faite par première intention; cependant, aux points par où avaient été retirées les mèches, des bourgeons apparaissaient déjà; en même temps nous remarquions que l'enfoncement qui marquait la place du sternum diminuait de jour en jour, témoignant d'une repullulation partie de la profondeur.

L'opéré quitta l'hôpital, heureux de respirer sans peine. Il retourna à Boulogne, où il vécut encore cinq ou six semaines. Il succomba, m'a dit Ovion, à des accidents pulmonaires.

La voie que j'ai suivie par le procédé que je viens de dire est facile, exsangue, exempte de dangers. A la réflexion on se convaincra que l'opération n'est grave qu'en apparence et ne présente point de difficultés particulières. Je pensai un instant à remettre en place les fragments qui formaient environ les deux tiers de l'os; je ne le fis point parce que j'étais convaincu que la récidive ne tarderait pas. Si j'avais pu enlever complètement la

tumeur, j'aurais fait cette *résection temporaire du sternum* qui ouvre une voie si large vers les organes du médiastin antérieur.

M. Tuffier. — J'ai fait à propos de la « Chirurgie du poumon », quelques recherches sur la façon d'aborder les bronches pour en extraire les corps étrangers; l'opération est laborieuse quelle que soit la voie choisie — thoracotomie antérieure, thoracotomie postérieure, ou même thoracotomie latérale par résection des côtes et pneumotomie. — La mise à nu de la bronche n'est pas seulement indispensable, il faut pouvoir la contourner pour bien sentir le corps étranger. Il est nécessaire de faire point d'appui avec un index placé derrière la bronche, et d'explorer sa surface avec l'autre. — Tout cela est difficile et grave : la thoracotomie postérieure est à l'état de projet, et la voie antérieure a donné deux morts sur deux cas. Cependant il faut agir : l'abandon des corps étrangers, sauf exceptions très rares, équivaut à la mort du malade par gangrène pulmonaire.

Ce qui me paraît ressortir nettement de ces considérations, c'est la nécessité de *perfectionner les moyens d'extraction par les voies naturelles*, et pour cela *l'extraction sous la radioscopie* me paraît tout indiquée. Nous allons actuellement avec des pinces chercher à l'aveuglette dans les bronches; c'est une véritable méthode par farfouillement; si au contraire, le malade étant sous les rayons X et voyant le corps étranger, on introduit une pince dans la trachée, on suit sur l'écran la marche, l'évolution de la pince, on la dirige directement sur ce corps et on agit alors avec précision. Les quelques expériences que j'ai faites me portent à penser que l'extraction par les voies naturelles aura beaucoup à gagner de l'application de la radioscopie et qu'elle réduira ainsi les indications de la grave bronchotomie.

M. Quénu. — Il n'est pas nécessaire, comme le croit M. Tuffier, d'entourer une bronche complètement avec le doigt pour sentir le corps étranger qu'elle contient. Par la portion membraneuse, dépressible, non résistante comme la portion antérieure cartilagineuse, on peut percevoir un corps étranger. J'ai répété l'expérience sur le cadavre, avec des pinces, des canules figurant le corps étranger, et, pour moi, est tranchée la question de cette possibilité de déceler le corps étranger.

A propos de la grossesse extra-utérine.

M. PAUL SEGOND. — Dans son intéressant rapport de mercredi dernier sur le travail du Dr Fontoynont (de Tananarive), notre collègue Potherat nous a, pour ainsi dire, invités à faire connaître les observations de grossesses ectopiques gémellaires que chacun de nous peut posséder. C'est à ce propos que M. Follet (de Lille) m'a chargé de vous citer l'observation qu'il a publiée autrefois dans nos bulletins.

A mon tour, je demande à vous rappeler un fait de grossesse extra-utérine gémellaire, qui a été publié en 1896 par M. Thévenard (1), dans sa thèse inaugurale sur l'hématocèle rétro-utérine. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans que j'ai opérée d'une hématocèle rétro-utérine, dans mon service de la Maison municipale de santé, le 23 juillet 1895. La poche fut évacuée par simple incision vaginale et, dans les caillots, j'ai trouvé « deux embryons de deux mois et demi à trois mois ».

M. PEYROT. — Dans ma statistique opératoire de 1891 se trouve une planche où l'on peut voir un fœtus de deux ou trois mois à côté d'un autre. Ces fœtus sont dissemblables, l'un peu développé, l'autre au contraire de dimensions très considérables.

Je n'ai pas tiré de conclusions de ce fait au point de vue de la superfétation, mais je tenais à vous signaler cette observation.

Communication.

Présentation de radiographie stéréoscopique.

par M. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Les services rendus au diagnostic par la radiographie ne sont plus sérieusement mis en doute par personne. Tout au plus peut-on dire qu'il n'est pas toujours aussi facile d'interpréter les images radiographiques que de les obtenir.

L'utilité de la radiographie stéréoscopique est moins généralement reconnue. Aussi j'espère que vous trouverez quelque intérêt aux épreuves que j'ai l'honneur de vous présenter.

(1) Thévenard. « Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine », *Thèse Doctorat*. Paris, 1896, p. 86, obs. XXII.

La radiographie stéréoscopique, qui rappelle les recherches de MM. Imbert et Bertin-Sans, de MM. Rémy et Contremoulins, de M. Destot, de MM. Marie et Ribaut, consiste, vous le savez, dans l'examen au stéréoscope de deux images radiographiques d'une même région ou d'un même organe, successivement obtenues en deux positions différentes de l'ampoule de Crookes. Ces deux images, quelque peu dissemblables puisqu'elles ne sont pas géométriquement superposables, donnent, quand on les examine au stéréoscope, les sensations du relief et de la profondeur; elles font naître l'illusion de l'organe réel reconstitué dans l'espace avec ses différents plans placés chacun à la distance convenable. C'est assez dire les avantages de la radiographie stéréoscopique, elle n'a d'autre inconvénient qu'une plus grande dépense de temps et d'argent, puisqu'elle exige deux poses successives et par conséquent deux plaques sensibles.

La radiographie stéréoscopique ne permet pas seulement de reconstituer dans l'espace l'image en relief des organes invisibles avec leur forme et leurs dimensions véritables. Je rappelle qu'on doit à MM. Marie et Ribaut l'invention d'une méthode et d'un instrument, le *stéréomètre*, capables de donner, sur les images radiographiques, des mesures exactes entre des points inaccessibles à la vue et au palper, par exemple, pour le bassin, entre les extrémités des divers diamètres du détroit supérieur.

L'examen des clichés ou des épreuves obtenus en radiographie stéréoscopique exige nécessairement un stéréoscope, et c'est à bon droit que le Dr Marie (de Toulouse) recommande particulièrement l'emploi du stéréoscope à miroirs plans de M. Cazes, dont le réglage est facile et précis et qui évite toute déformation dans les images.

L'examen direct des clichés radiographiques au stéréoscope donne les meilleurs résultats, mais il est commode de tirer de ces clichés des épreuves positives sur verre, de dimensions assez réduites pour entrer dans les petits stéréoscopes à lentilles ou à prismes que la vulgarisation de la photographie a mis, pour ainsi dire, entre les mains de tout le monde. Telles sont les épreuves sur verre que je soumets à votre examen ; elles ont seulement 8 centimètres de hauteur sur 6 centimètres de largeur et prennent place dans les deux compartiments d'un cadre de bois exactement adapté au modèle courant de stéréoscope pour vues photographiques de dimensions 8×16.

Cette disposition a l'avantage de rendre les images obtenues en radiographie stéréoscopique beaucoup moins encombrantes, beaucoup plus aisément maniables et transportables. Elle en facilite aussi beaucoup l'examen, soit à la lumière artificielle, soit de

préférence à la pleine lumière du jour. Il est d'ailleurs nécessaire que le stéréoscope employé soit un stéréoscope réglable pour que chaque observateur, suivant l'état de réfraction de ses yeux, puisse mettre les images *au point* et les voir distinctement.

L'examen et l'interprétation des images radiographiques placées dans le stéréoscope demandent la possession préalable de certaines notions que vous me permettrez de vous rappeler. Un premier phénomène très important, c'est que les organes en apparence reconstitués dans l'espace se montrent transparents comme s'ils étaient de verre. Ils ne font pas voir seulement toutes les particularités de leur surface extérieure qui occupent le plan le plus rapproché de l'œil ; à travers leur épaisseur, ils laissent voir aussi les inégalités de surface du plan le plus éloigné et, dans leur épaisseur même, ils permettent de distinguer les détails de structure profonde. Ces apparences, si différentes de la réalité, ne sont pas sans dérouter tout d'abord l'observateur qui voit par exemple, dans l'image stéréoscopique de la jambe examinée de profil, le péroné transparaître en travers du tibia ou le tibia transparaître au travers du péroné, suivant que la jambe se présente par sa face interne ou par sa face externe. Mais on est vite familiarisé avec cet aspect ; il empêche d'oublier que les organes reconstitués avec leur forme, leur relief et leurs dimensions ne sont que des *fantômes*.

Il importe surtout de savoir comment les deux épreuves doivent être placées dans le stéréoscope et ce qui advient quand on les retourne, sur place ou quand on les interpose sans les retourner, en faisant passer à gauche celle qui est à droite et *vice versa*.

Les deux positifs sur verre d'où résulte l'image en relief de l'organe radiographié doivent être placés dans le stéréoscope de telle sorte que leur côté gélatiné ne soit pas tourné vers l'observateur. Il faut de plus que l'épreuve obtenue avec l'ampoule de Crookes placée à droite du plan médian soit dans le stéréoscope en regard de l'œil droit et que l'épreuve obtenue avec l'ampoule de Crookes placée à gauche soit en regard de l'œil gauche. A ces deux conditions le stéréoscope donne. au point de vue des formes, une illusion presque parfaite et l'organe en relief conserve ses dimensions relatives, les diverses parties dont il est composé apparaissant comme dans la réalité, de dimensions d'autant moindres qu'elles sont situées dans un plan plus éloigné de l'œil. Le stéréoscope donne l'illusion de l'organe réel tel qu'il serait vu par l'œil placé du même côté que l'ampoule pendant la radiographie. Ainsi le thorax, radiographié dans le décubitus dorsal sur la plaque sensible, fait face à l'observateur dans le stéréoscope, et l'arc antérieur des côtes vu de plus près se montre, comme dans la réalité,

plus volumineux que l'arc postérieur, vu de plus loin. Ainsi la main radiographiée, la paume sur la plaque sensible, offre à la vue sa face dorsale dans le stéréoscope.

Quand on retourne sur place, dans le stéréoscope, chacune des deux épreuves, de manière que son côté gélatiné soit dirigé vers l'observateur, l'organe apparaît également retourné, tel qu'il serait vu par l'œil placé du même côté que la plaque sensible, pendant la radiographie. Ainsi le thorax, radiographié dans le décubitus dorsal sur la plaque, se montre de dos dans le stéréoscope et on y voit la paume de la main, quand elle reposait sur la plaque par la paume. On peut donc, à volonté, voir au stéréoscope le dos ou la paume d'une même main et plus généralement l'une ou l'autre face d'un même organe suivant qu'on regarde l'une ou l'autre face des deux épreuves radiographiques, toujours convenablement placées de part et d'autre de la ligne médiane. Mais, dans cette nouvelle position des épreuves, l'illusion n'est plus aussi parfaite, parce que les dimensions relatives ne sont plus conservées : ce sont les parties de l'image en relief les plus éloignées de l'œil qui paraissent avoir les plus grandes dimensions. Pour des organes de faible épaisseur tels que la main, le défaut n'est pas très sensible. Il devient choquant pour des organes de grande épaisseur, comme le thorax : si la cage thoracique se présente de dos, l'œil est blessé de voir l'arc antérieur des côtes plus volumineux que l'arc postérieur.

Quand on interpose les deux épreuves, d'abord correctement placées dans le stéréoscope, en faisant passer à gauche celle qui est à droite et *vice versa*, on n'a plus l'illusion de l'organe réel tel qu'il s'offrirait par l'une ou l'autre de ses faces; on a l'illusion du même organe vu par réflexion dans un miroir. On obtient donc des images en relief qui ne sont pas superposables mais qui sont symétriques aux précédentes. Il en résulte une illusion différente suivant qu'il s'agit d'un organe qui n'a pas son semblable, comme la cage thoracique, ou qui possède son double, comme la main. Si les épreuves correctement placées montraient le thorax de face, leur interposition le fait voir de dos, mais la pointe du cœur semble dirigée vers la moitié droite, à l'inverse de l'état normal, ce qui démontre bien que l'image en relief est vue comme dans un miroir. Suivant que les épreuves correctement placées montraient le dos ou la paume de la main droite, leur interposition fait voir la paume ou le dos de la main gauche comme dans un miroir. Ainsi, deux épreuves radiographiques d'un organe possédant son double peuvent, au stéréoscope, donner l'image en relief non seulement de cet organe, mais encore de l'organe symétrique appartenant à l'autre moitié du corps, tout au moins en apparence. Telles sont

les illusions que fait naître l'examen au stéréoscope des clichés ou des épreuves radiographiques sur verre.

Cet examen n'en donne pas moins de précieux renseignements. Vous en jugerez en parcourant la petite collection que je vous soumets et où toutes les parties du squelette sont représentées. Vous y verrez à l'état normal la main, le pied, le coude, le genou, l'épaule, le thorax, le bassin et la tête ; comme exemples de corps étrangers, une aiguille dans le doigt, une balle dans le canal rachidien, un morceau de verre dans la fesse, une charge de grains de plomb disséminés sous les téguments du crâne et dans l'épaisseur des os de la face ; comme exemples de lésions traumatiques, une fracture de l'extrémité inférieure du radius, une fracture en V du tibia dans un appareil plâtré, une luxation ancienne du coude avec fracture consolidée de l'extrémité inférieure de l'humérus ; comme exemples de malformations, un pied bot après résection de l'astragale, des exostoses du calcanéum, une luxation congénitale de la hanche ; enfin, comme exemples de lésions pathologiques, des infiltrations uratiques de diverses jointures, d'origine goutteuse, une arthrite ancienne du genou, un sarcome de l'omoplate, une arthrite tuberculeuse de l'épaule.

J'ai obtenu la plupart de ces radiographies à l'aide du courant de la ville, transformé par une bobine d'induction. J'en ai pris cependant quelques-unes avec une petite machine statique transportable, dont les plateaux étaient mis en mouvement à la main, au moyen d'une manivelle (1) ; c'est ainsi par exemple qu'a été radiographiée cette balle de revolver dans le canal rachidien. Je me suis efforcé d'obtenir des couples d'images suffisamment comparables, au point de vue de la netteté des contours et de la valeur relative des teintes, en mesurant, à l'aide du spintermètre, pendant toute la durée des opérations radiographiques, la résistance électrique de l'ampoule et par suite le pouvoir de pénétration des rayons qu'elle donnait ; l'ampoule était munie d'un osmo-régulateur Villard et je pouvais ainsi, à volonté, modifier son degré de vide, d'après les indications du spintermètre (2).

Ce sont mes premiers essais de radiographie stéréoscopique, et j'avoue n'avoir pas toujours suivi exactement les excellentes règles formulées par le D[r] Marie (de Toulouse), sur la valeur de l'écartement à donner aux deux positions successives de l'am-

(1) A. Béclère. « Sur une machine statique propre à l'examen radioscopique au domicile des malades », *Archives d'électricité médicale*, n° 91, 15 juillet 1900.

(2) A. Béclère. « La nature indirecte du pouvoir de pénétration des rayons de Rœntgen à l'aide du spintermètre », *Archives d'électricité médicale*, n° 88, 15 avril 1900.

poule, d'après la distance de la plaque et l'épaisseur de l'organe à radiographer, pour obtenir un relief suffisant, sans exagération. Je vous prie de ne pas imputer à la méthode les fautes de l'opérateur.

M. Walther. — La communication que vient de nous faire notre collègue M. Béclère me semble offrir un très grand intérêt, en ce qui concerne l'exploration chirurgicale.

La radiographie stéréoscopique donne des indications d'une netteté et d'une précision qu'on atteint difficilement avec les épreuves radiographiques multiples faites sous des angles variés. Elle nous fait voir les choses en place, nous donne la sensation du relief, du rapport réciproque des organes. Dans plusieurs cas, j'ai eu recours à l'obligeance de mon ami M. Béclère, pour déterminer d'une façon précise soit la situation exacte d'un corps étranger, soit les rapports d'une tumeur, soit une lésion articulaire, et toujours les épreuves de radiographie stéréoscopique nous ont donné les renseignements les plus précis. Dans un cas particulièrement difficile, pour la recherche d'une balle, cas dans dans lequel il eût été presque impossible de faire deux épreuves radiographiques dans deux plans perpendiculaires l'un à l'autre, la détermination du siège du projectile a pu être faite avec la plus grande netteté.

Je crois donc que ce procédé doit être largement utilisé par les chirurgiens, à qui il peut rendre les plus grands services.

M. Delens, *président*. — Des remerciements sont adressés à M. Béclère pour son intéressante communication, qui paraîtra *in extenso* dans nos Bulletins.

Rapports.

Traitement du spina bifida par l'excision, observations de MM. Letoux (de Vannes) et de Rouville (de Montpellier).

Rapport par M. A. BROCA.

J'ai été chargé de vous rendre compte de deux observations de spina bifida traité par l'excision, qui vous ont été adressées par MM. Letoux (de Vannes) et de Rouville (de Montpellier). Voici d'abord le résumé des faits.

I. — Un garçon de huit mois entre le 5 septembre 1900 dans le service de M. Letoux (de Vannes) pour un spina bifida lombaire, peu à peu développé depuis la naissance et actuellement haut de 10 centimètres sur 13 de large; la tumeur est transparente, recouverte d'une peau amincie et qui semble prête à éclater. Il existe un commencement bien net d'hydrocéphalie. D'après une photographie, qui représente l'enfant debout sur une chaise, appuyé au dossier, il n'y avait ni paraplégie, ni pied bot.

Le 11 septembre, M. Letoux, après chloroformisation, fit une incision médiane et vit que la peau, plus épaisse qu'on ne le croyait cliniquement, n'était pas possible à séparer des enveloppes. Un cordon nerveux médian, gros comme une plume d'oie, sortait en haut d'un orifice rachidien capable d'admettre le pouce et adhérait en bas à la poche. Il en partait des filets latéraux allant se perdre dans la paroi. Voici dans quels termes M. Letoux s'exprime ensuite :

« Je libère autant que possible les adhérences de ces filets nerveux et sectionne là où je ne puis mieux. J'essaie enfin, mais sans y parvenir complètement, de faire rentrer l'ensemble de ces filaments nerveux par l'orifice: une petite portion reste au dehors.

« Comme il m'est absolument impossible de séparer les enveloppes rachidiennes d'avec la peau, je fais sur la ligne médiane une suture à points séparés qui rapproche et accole les parties profondes de la poche; ces points autant que possible n'intéressent pas la peau. Celle-ci, réséquée comme il convient, est suturée aux crins de Florence. Suites normales (*per primam*) excepté vers la partie moyenne de l'incision, où, lors du premier pansement fait, le quatrième jour, j'aperçois une fistulette par où sort du liquide céphalo-rachidien. Cette fistulette diminue les jours suivants et le pansement est de moins en moins mouillé. Je la touche au thermo-cautère le 22 septembre, jour où, sur le désir formel des parents, je dois signer l'exeat. Depuis, aucun renseignement utile. »

II. — Le cas de M. de Rouville (de Montpellier) concerne un garçon de huit mois, opéré le 18 décembre 1897 d'un spina bifida lombaire. L'enfant n'avait que vingt et un jours quand M. de Rouville le vit pour la première fois, et « malgré son aspect tout particulièrement robuste » conseilla de patienter. Grosse comme une noix, la tumeur était recouverte d'une peau très distendue, mais d'aspect normal, sans hypertrichose. « La tumeur est nettement rénitente, transparente, indolente à la pression, qui ne produit pas de réduction; elle n'augmente pas de volume pendant les cris. Le rachis semble, à la palpation, fendu sur environ

3 centimètres de haut. Les fontanelles étaient un peu larges, mais on ne pouvait parler d'hydrocéphalie. »

Lorsque l'enfant fut revu, à l'âge de huit mois, il était en bonne santé, sans troubles nerveux, mais la tumeur s'était énormément développée, était devenue grosse comme une orange; la peau était amincie, tendue, mais intacte. Du côté de la tête, l'attention est attirée par l'existence d'une circulation veineuse péricranienne très développée ; l'enfant a les yeux hagards, le regard étonné, bien qu'intelligent.

M. de Rouville pratiqua l'excision de la poche, après incision elliptique; il réduisit 4 à 5 filets nerveux, peu volumineux, qu'il ne put séparer de la partie attenante du sac. Il sutura la peau en un seul plan, au fil d'argent, et obtint la réunion parfaite.

Tout resta en bon état du côté du rachis, mais, trois mois plus tard, l'hydrocéphalie était évidente. Au bout de dix-neuf mois, elle était stationnaire, l'intelligence avait fait de sensibles progrès, Mais, à vingt-sept mois, dire *papa* et *maman*, se tenir sur les jambes, marcher appuyé sur une chaise, ce n'est pas très brillant.

L'observation de M. Letoux ne nous est pas de grand secours pour juger les questions actuellement discutées sur le traitement du spina bifida. En effet, elle nous prouve seulement, ce qui est déjà bien connu, que l'excision peut n'entraîner aucun danger immédiat. Mais elle ne nous permet même pas de conclure sur le résultat primitif : en effet, lorsque l'enfant fut emporté par les parents, au onzième jour, il existait, à la partie moyenne de la suture, une fistulette par laquelle s'écoulait du liquide céphalo-rachidien. Ces échecs partiels de la réunion, sans infection primitive, sont déjà signalés, et j'ai publié un cas où la mort en résulta, au bout de trois semaines, par méningite due à l'infection secondaire. On voit qu'on ne peut même pas affirmer le succès opératoire. Quant au résultat définitif, nous n'en pouvons pas parler : mais il est plus que probable, d'après tout ce que nous savons, que l'hydrocéphalie, nette au moment de l'opération, n'a fait que croître et embellir.

C'est ce qui eut lieu chez le malade de M. de Rouville, chez lequel, lors de l'opération, l'hydrocéphalie était à peine amorcée; et d'après ma pratique personnelle, ainsi que je l'ai dit en 1895 au Congrès de chirurgie, cette complication est une cause à peu près constante d'échec dans le résultat définitif, si nous voulons considérer comme vraies guérisons les seuls cas où le fonctionnement du système nerveux est bon après guérison opératoire.

Or, sur les malades que j'ai opérés, pour éviter la rupture d'un sac pellulicide, très peu de temps après la naissance, je n'en ai pas revu à longue échéance un seul qui ne fût pas un

infirme. C'est là, et non point le danger opératoire immédiat, ce qui m'a découragé dans mes tentatives chirurgicales. Quand il y a de la paraplégie, avec pieds bots, j'ai toujours estimé qu'il valait mieux laisser ces êtres trop misérables périr par rupture et méningite consécutive. Même quand les membres inférieurs fonctionnent bien, j'ai coutume d'abandonner à leur sort ces sujets que guette l'hydrocéphalie, car j'en ai vu qui ont survécu jusqu'à quatre ou cinq ans dans un état lamentable: pour tout le monde et surtout pour leur famille, la mort précoce eût été préférable.

A mon sens, c'est donc seulement pour les cas où la tumeur, bien protégée par la peau normale ou à peu près, est compatible avec une existence que ne menace pas la rupture spontanée; c'est pour ces cas seulement que je conseille d'essayer l'excision : et l'observation de M. de Rouville vient bien vite rabattre notre enthousiasme. Il y a certainement des sujets âgés, adultes même, auxquels on a rendu grand service en leur excisant une poche, qui d'ailleurs ne compromettait pas le fonctionnement de la moelle. Mais il semble bien que chez les deux enfants de huit mois dont je viens de résumer l'histoire, l'accroissement de la tumeur rachidienne ait été le résultat de l'hydrorachis, transformé en hydrocéphalie, une fois bouchée la soupape de sûreté. Il est même probable que dans cette tension due à l'hydrorachis réside sinon la seule cause, au moins une des principales causes en raison desquelles certaines fentes rachidiennes se compliquent de tumeur au lieu de rester à l'état de spina bifida latent. Toujours, sauf chez le sujet assez âgé, — et il ne survit guère que si la peau autour de la tumeur est sinon normale, au moins résistante, — il faut craindre que l'opération, quelle qu'elle soit, injection ou excision, n'achète l'oblitération de la poche qu'au prix de l'hydrocéphalie. De même que j'ai vu, récemment, devenir hydrocéphale, peu à peu, un enfant dont la tumeur lombaire avait subi une rétraction cicatricielle progressive, après cicatrisation d'un vaste angiome ulcéré.

Ni M. Letoux, ni M. de Rouville n'ont eu recours à l'occlusion ostéoplastique de la fente osseuse : et le résultat primitif leur a donné raison. Cette opinion a d'ailleurs toujours été la mienne.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Letoux et à M. de Rouville, que nous inscrirons dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Walther. — J'ai revu, il y a deux ou trois ans, le petit malade dont vient de parler mon ami M. Broca. J'avais dû l'opérer d'urgence à l'hôpital des Enfants, où il avait été apporté immé-

diatement après la naissance. La poche, très volumineuse, très mince, menaçait de se rompre. L'opération se fit dans de bonnes conditions, la réunion par première intention fut obtenue sur toute la hauteur de la suture, sans écoulement du liquide céphalo-rachidien.

J'ai revu l'enfant à plusieurs reprises, et c'est ici le point qui nous intéresse. Il s'est bien développé, a marché un peu tard, mais cependant les jambes, d'abord faibles, ont pris progressivement de la force. Il avait gardé seulement, jusqu'au moment où je l'ai vu pour la dernière fois, un peu d'incontinence des matières. Deux ans environ après l'opération, le crâne augmenta un peu de volume. Il y avait un certain degré d'hydrocéphalie, mais pas très accentué. Le développement cérébral semble avoir été entravé. L'enfant, certes, n'était pas idiot, mais d'intelligence faible. Je tâcherai de le retrouver pour que nous puissions nous rendre compte de son état actuel.

M. Rochard. — J'ai eu l'occasion d'opérer quelques heures après sa naissance un enfant atteint de spina bifida ; je l'ai revu plus tard : il était atteint d'incontinence des matières fécales, ne pouvait plus retenir ses urines ; bref, il était dans un état lamentable.

M. Guinard. — Depuis plusieurs années, je partage les répugnances de M. Broca pour l'opération du spina bifida. J'ai été à ce sujet vivement impressionné par le fait suivant. Mon maître, de Saint-Germain, consulté pour un spina bifida chez un nouveau-né, m'envoya l'enfant en me disant qu'il en était arrivé à ne plus vouloir opérer le spina bifida en raison des accidents d'hydrocéphalie qui suivent presque toujours l'intervention plus ou moins rapidement. Je fis cependant la résection de la poche et j'obtins une réunion par première intention sans aucun incident. Un an après, le malheureux enfant avait l'hydrocéphalie la plus abominable que j'aie jamais vue. Longtemps, de Saint-Germain me demanda malicieusement des nouvelles de « mon hydrocéphale ». Je fais donc des réserves pour tel cas particulier qui peut se présenter avec des indications opératoires spéciales, mais j'avoue qu'en règle générale je suis de l'avis de M. Broca, et je considère ces petits malades comme des malheureux voués à une mort prochaine ou à une vie misérable, qu'on les opère ou non.

M. Rochard. — Dans le cas que j'ai cité tout à l'heure, j'ai opéré d'urgence parce que la tumeur allait s'ulcérer, donnant lieu à une infection mortelle.

M. Picqué. — Je tiens à rappeler que les faits dont on vient de parler ont été signalés dans la thèse de Bellanger, interne de Lariboisière, faite sous mon inspiration.

A cette époque, j'avais eu l'occasion d'opérer plusieurs cas de spina bifida et constaté la production consécutive de l'hydrocéphalie secondaire. M. Bellanger rechercha les cas analogues et étudia cette complication au point de vue de sa pathogénie.

M. Broca. — Je vois avec plaisir que mon opinion est partagée par tous ceux qui viennent de prendre la parole. Je diffère seulement d'avis avec M. Rochard sur ce point que, même si l'on voit une poche sur le point de crever, j'en suis arrivé à la laisser tranquille, en abandonnant l'enfant à son malheureux sort, car c'est précisément dans ces conditions qu'on n'a jamais obtenu un résultat définitif satisfaisant. L'hydrocéphalie énorme et rapidement mortelle de M. Guinard vaut encore mieux que le léger degré d'idiotie observé par M. Walther, car voilà un enfant qui est, pour une famille, un véritable calvaire. Il faut donc, je crois, n'opérer que dans les cas où, avec une bonne peau, la tumeur a permis une longue survie. Pour les enfants à poche pellucide, prête à rompre, le mieux est de les laisser mourir.

M. Rochard. — Nous ne sommes pas à Sparte, et pour ma part je ne me crois pas autorisé à refuser une opération à une mère qui vient m'apporter son enfant quand cette opération est la seule chance de salut, et quel que soit l'avenir réservé à l'enfant s'il survit.

M. Broca. — Si vous dites à la mère qui vous demande d'opérer que son enfant, après guérison opératoire, sera définitivement idiot et infirme, elle vous répondra, comme à moi, qu'elle préfère la mort immédiate. Et si vous ne l'avertissez pas, vous lui imposez, pour l'avenir, le plus horrible des supplices.

Sur le traitement de l'infection puerpérale aiguë par l'hystérectomie vaginale, par le Dr J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. ROCHARD.

Messieurs, en vous demandant de mettre à l'ordre du jour de notre Société la question de l'hystérectomie dans le traitement de la septicémie puerpérale, je ne me doutais pas que la discussion dût occuper de si nombreuses séances. Je ne voudrais pas lasser

votre attention en allongeant trop les débats; mais vous m'avez chargé d'un rapport sur des observations qui vous ont été lues à cette tribune par M. Faure, et ces observations sont trop importantes pour ne pas entrer en ligne de compte; elles doivent figurer dans nos bulletins et c'est pourquoi je vais vous demander la permission d'en faire un court résumé.

M. Faure est intervenu sept fois dans des cas très graves d'infection puerpérale. Six fois il n'a eu que des revers, mais la dernière opération a sauvé la malade.

Voici ses observations :

Obs. I. — Le 18 novembre 1897, Mme Lec..., vingt-trois ans, entre à l'hôpital Laënnec en pleine infection puerpérale et dans un état très grave. L'accouchement remonte à *quatre jours*. La température est à 40 degrés; le pouls est très mauvais, le ventre ballonné. Bref, la situation paraît désespérée.

Dans ces conditions, je pratique immédiatement une hystérectomie vaginale.

Deux pinces à abaissement sont mises sur le col largement entr'ouvert. Après désinsertion circulaire du vagin et décollement de la vessie, j'incise la paroi antérieure de l'utérus sur la ligne médiane. Mais, au moment de saisir les lèvres de l'incision avec des pinces à abaissement ordinaires, le tissu utérin se déchire. Il est impossible d'exercer sur lui la moindre traction. Je prends alors des pinces à kyste à larges plateaux avec lesquelles je saisis le tissu utérin. L'abaissement se fait alors avec la plus grande facilité.

Au moment où le fond de l'utérus apparaît à la vulve, une énorme quantité de pus, que j'évalue à au moins deux litres, fait issue par le vagin. Les ligaments larges sont saisis comme de coutume avec des pinces à mors courts et l'utérus enlevé. L'opération a duré six minutes. Large irrigation à l'eau bouillie, drainage et tamponnement avec des mèches de gaze iodoformée.

L'état de la malade n'est nullement modifié, ni en bien ni en mal, et elle meurt le 20 novembre, quarante-huit heures après.

A l'autopsie, péritonite purulente généralisée, pleurésie et péricardite purulentes.

Obs. II. — Le 5 avril 1899, X..., opérée *in extremis cinq jours* après l'accouchement. Cette observation est la répétition exacte de la précédente. L'emploi de pinces à kystes, en guise de pinces à abaissement, rend l'opération extrêmement simple. Comme dans le cas précédent, une très grande quantité de pus s'écoule après l'extirpation de l'utérus.

Mort le lendemain.

Obs. III. — Le 5 août 1899, X..., trente-cinq ans. Infection datant de *plusieurs jours*. *Curettage* le 1er août. Pendant quatre jours, tout semble aller bien, puis la température monte brusquement à 40 degrés, avec

fléchissement du pouls, altération des traits et aggravation évidente de l'état général.

Hystérectomie vaginale sans aucun incident, en huit minutes. Pas de pus dans le péritoine.

Quarante-huit heures après, les pinces sont enlevées. Pendant cinq ou six jours, l'état semble meilleur, la température baisse légèrement, puis les phénomènes généraux s'aggravent de nouveau, sans réaction péritonéale aucune, et la malade meurt *quinze jours* après, sans phénomènes particuliers. Pas d'autopsie.

Obs. IV. — Le 27 septembre 1899, Mme Ar..., trente-cinq ans; accouchement il y a *huit jours*, puis phénomènes d'infection ayant nécessité un *curettage* pratiqué d'urgence le 26 au soir. Le 27, l'état s'est encore aggravé et la situation paraît désespérée.

Hystérectomie sans aucune difficulté, faite en cinq minutes. Écoulement d'une grande quantité de pus qui remplissait le bassin.

Mort *quatre heures* après l'opération.

Obs. V. — 22 mars 1900, Mme Borm..., vingt-trois ans; accouchement le 18 mars, délivrance le 20. Entrée le 22, en pleine infection; température 40°6, pouls 130. Sueurs, frissons, peu de ballonnement. Hystérectomie vaginale à 2 heures de l'après-midi. Très simple, durée : cinq minutes. Pas de pus dans le péritoine. La face intérieure de l'utérus est tapissée de débris sphacélés. Au fond, sont des lambeaux de membranes fétides. Les parois de l'utérus sont infiltrées et présentent par place des abcès interstitiels.

Le soir, 38°6.

Le lendemain matin, anurie presque complète, qui cesse dans la soirée. Pouls entre 120 et 130. Mieux frappé.

La température, à 38 degrés le matin, remonte le soir à 40 pour ne plus redescendre.

Le lendemain, état stationnaire.

Le 25 mars, troisième jour, le soir 41 degrés, et, vers minuit, grand frisson, température 41°2. Mort.

Obs. VI. — Le 6 mai 1900. Mme X..., trente-cinq ans; accouchement *huit jours* auparavant. Mal délivrée. Entre à l'hôpital le 5 mai, dans un état très grave : curettage immédiat, infructueux; deuxième curettage le 6 au matin. Le soir, 41 degrés; pouls 120.

Hystérectomie vaginale. Quelques difficultés. Une grosse masse placentaire siège dans la corne utérine gauche; par suite de l'asymétrie de l'utérus, la section de la paroi antérieure s'égare un peu sur la droite et il faut revenir à gauche. La grosse masse gauche, attirée avec des pinces à kystes, n'en est pas moins enlevée d'un seul bloc, sans autres incidents. Durée de l'opération : quinze minutes.

Pendant deux jours, amélioration manifeste du côté de la température, du pouls, de l'aspect général; puis l'état s'aggrave de nouveau et la malade meurt le *sixième jour*.

Obs. VII. — Mme B..., vingt-trois ans, entre le 11 février. Cas imminent d'avortement.

Le 13, avortement avec délivrance artificielle.

Du 13 au 15 au soir : température, 37°2 à 38 degrés.

Le 14 au matin, 40 degrés; pouls rapide. Curettage immédiat; 500 grammes de sérum. Le soir, 40°3; pouls, 160. État grave.

Hystérectomie à 7 heures du soir, très facile, grâce aux pinces à kystes; durée : trois minutes.

Un morceau de délivre infecté est enchatonné dans la corne gauche.

Le lendemain matin, 38°2; pouls, 120; soir, 38°6; pouls, 100.

Amélioration progressive et rapide. Guérison complète.

Tels sont les faits de M. Faure; voyons les réflexions qui les accompagnent. Elles ont trait à deux points, d'abord la nécessité et la légitimité de l'ablation de l'utérus, ensuite la voie qu'on doit suivre et la technique opératoire qu'on doit adopter.

De cette dernière question, je ne dirai que peu de choses. M. Faure est un partisan convaincu de l'hystérectomie vaginale. C'est pour lui une opération très facile et il s'appuie, pour le certifier, sur l'opinion donnée en 1899, par M. Tuffier, qui faisait remarquer que l'accouchement avait élargi la filière vaginale et que l'utérus, malgré son volume, grâce à sa mollesse, se laissait facilement amener.

Quant à la friabilité de l'organe, on l'a exagérée et il n'y a pas à en tenir compte; si, au lieu de prendre des pinces à prises ordinaires, on se sert de pinces à kystes, de pinces à larges plateaux.

Du reste, M. Faure préfère la voie vaginale à la voie haute parce qu'il considère qu'il est toujours dangereux de sortir par le ventre un utérus aussi virulent que l'est celui qui est atteint de septicémie puerpérale aiguë.

Je ne discuterai pas la voie à suivre; malgré les raisons données par M. Faure, je reste partisan de l'hystérectomie abdominale totale pour les motifs invoqués par MM. Terrier, Tuffier et par moi-même, et j'en arrive au second point touché par M. Faure : à la nécessité et à l'efficacité de l'hystérectomie pratiquée à temps sur les accouchées infectées très gravement.

M. Faure pense, comme nos collègues qui ont fait l'hystérectomie dans ces cas, que cette opération reste la seule chance de succès dans les cas excessivement graves auxquels nous faisons allusion, et, il faut l'avouer, ses propres observations ne peuvent que le confirmer dans cette opinion.

Il opère, en effet, six malades, moribondes, comme il nous le dit, il a six revers; c'est la coupe sombre. Dans un septième cas, il peut suivre l'accouchée infectée, couchée dans le service qu'il occupe momentanément à la Pitié, il intervient à son heure et il

sauve son opérée. C'est vrai, va-t-on nous dire, mais elle ne fût probablement pas morte si on ne fût pas intervenu; mais M. Faure se trouve bien armé pour répondre à cette objection. Il a entre les mains l'utérus qu'il a enlevé, et, enchatonné dans la corne utérine gauche, un large débris placentaire infecté échappé au curettage, et qui eût certainement causé la mort.

Et M. Faure insiste sur le rôle pathogénique des débris placentaires. Sur plusieurs des utérus enlevés, il a constaté de grands fragments infectés, et il faut remarquer que ces fragments sont presque impossibles à enlever par le curettage. L'utérus, qui tout à l'heure n'était pas friable pour les pinces à hystérectomie, devient pour M. Faure énormément friable pour la curette, et notre collègue ajoute, et ici je suis complètement de son avis, qu'il est très difficile, sur un utérus qui vient de se débarrasser de son produit, de savoir ce qu'on fait avec une curette qui le plus facilement du monde peut causer une perforation.

Aussi bien, dans cette question de l'intervention, ne s'agit-il pas, comme on aurait peut-être un peu de tendance à nous le faire dire, de faire sauter les utérus de toutes les femmes infectées. Nous n'avons tous en vue, nous partisans de l'hystérectomie, que les cas excessivement graves, les 10 pour 100 des malades citées par Ricard, et, comme il a été déjà dit, ce nombre est suffisamment important pour qu'on ne se contente pas de se croiser les bras et de les laisser mourir.

Certes les indications sont difficiles à poser, mais il en est ici comme dans beaucoup de cas de chirurgie d'urgence, et en y réfléchissant, on a pour soi tous les symptômes qu'on a dans les autres infections graves du péritoine, avec cette connaissance de plus, c'est qu'on est sûr de la cause des accidents et de leur point d'origine qui est l'utérus. En opérant, nuira-t-on à sa malade en ayant par une intervention trop hardie occasionné la mort d'une femme qui aurait guéri toute seule? je ne le pense pas, car chez toutes les malades qui ont guéri par l'hystérectomie, on a trouvé sur l'utérus des lésions qui justifiaient l'intervention, et pour ma part, dans mes cinq opérations suivies de mort, j'ai conscience de n'avoir pas nui à mes malades. Aussi, quand je me trouverai en face d'une infection puerpérale très grave et que je croirai les indications de l'hytérectomie posées, pratiquerai-je cette opération. En la faisant certes, on enlève à une femme la possibilité d'être mère, mais on a pour soi la chance de conserver une mère aux enfants qu'elle a déjà, ce qui est quelque chose.

Discussion.

Sur l'hystérectomie abdominale dans la septicémie puerpérale.

M. Picqué. — Messieurs, l'empressement que plusieurs de nos collègues ont mis à prendre la parole à propos du cas que je vous ai présenté il y a quelques semaines et relatif à une hystérectomie abdominale que j'ai pratiquée avec succès chez une femme atteinte d'infection puerpérale, montre que le moment est bien venu d'aborder, dans notre Société, la question de l'intervention chirurgicale dans la septicémie puerpérale.

Contrairement à ce qu'on aurait pu croire, les cas sont fréquents dans les maternités françaises et étrangères.

Tuffier nous apprend que 1.000 femmes meurent par an en Angleterre et que 4 à 5.000 femmes meurent en Allemagne sur 12 à 15.000 cas observés.

Ricard a pu recueillir, à Paris, 2.600 cas d'infection sans nous dire en combien de temps.

Ce sont là des chiffres véritablement « stupéfiants » et qui justifient bien un effort thérapeutique. Qu'on ne vienne pas nous objecter qu'il est des femmes qui guérissent heureusement à l'aide des moyens les plus simples (écouvillonnage, curettage, lavages utérins). Oui, certes, il en existe un grand nombre, et c'est un argument réellement un peu trop facile qu'on a opposé et qu'on oppose encore aux partisans de toute intervention chirurgicale, qu'il s'agisse d'appendicites, d'affections des annexes chez la femme, d'affections du foie et d'autres organes.

Il faut surtout savoir qu'un certain nombre de ces malades succombent en dépit de tous ces traitements, et Ricard lui-même nous apprend que la mortalité dans les maternités françaises est de 10 p. 100 pour les affections puerpérales graves ; je regrette même que notre collègue, qui s'est appliqué dans sa communication à distinguer dans la septicémie puerpérale deux variétés bien distinctes, ne nous ait pas dit, d'une façon précise, à laquelle appartenaient les malades qui ont succombé.

Quoi qu'il en soit, devons-nous rester inactifs en présence de ces cas de mort? Devons-nous admettre, avec notre distingué collègue, « que nous ne possédons aucune indication véritable de l'hystérectomie appliquée au traitement des infections puerpérales (p. 273)? Pour ma part, je ne le crois pas et ne puis souscrire à cette conclusion décevante.

Je reste persuadé que la question n'a pas été mise par nos collègues sur son véritable terrain.

Parmi les variétés de l'infection puerpérale, il en est une, la variété hypertoxique, qui est due à une infection primitive et massive et qui tue avant que des lésions locales aient eu le temps de se produire.

Elle est l'analogue de la grande septicémie chirurgicale qu'on observait autrefois si souvent en chirurgie, et qui a disparu de nos jours, d'une façon complète.

Celle-ci n'est pas justiciable de nos moyens chirurgicaux : que pourrait faire l'intervention devant cet empoisonnement général du sang? Et malgré l'affirmation de notre collègue Ricard, je prétends que l'intérêt véritable de notre discussion ne porte pas sur cette forme.

Mais à côté de cette forme, qui ne saurait, je le répète à dessein, nous intéresser au point de vue chirurgical, il en existe d'autres d'intensité moyenne, qui constituent les variétés lentes ou tardives de l'infection et sur lesquelles nous pouvons et nous devons agir.

Elles ont, d'ailleurs, une pathogénie différente de la précédente et procèdent le plus souvent d'une rétention placentaire ou d'une infection de moindre intensité.

Ces infections s'accompagnent parfois d'annexites, qui créent des indications sur lesquelles tout le monde est évidemment d'accord.

Parfois aussi il existe dans l'utérus un fibrome sphacélé qui a été le point de départ des accidents infectieux, ou bien encore il peut s'être produit une rupture utérine comme dans le cas de Poirier.

Mais ici, comme pour les annexites, l'accord est encore facile, et je ne veux envisager que les cas de lésions de la paroi utérine relevant exclusivement de l'infection puerpérale et qui se produisent dans un utérus normalement sain.

J'ai apporté à cette tribune un cas de ce genre et vous avez pu constater *de visu* l'existence d'un abcès pariétal.

Notre collègue Tuffier a puisé dans la littérature étrangère de nombreux cas analogues.

Pour nous, toute la question de l'infection puerpérale se résume dans ces cas, et le problème consiste à chercher les signes cliniques qui nous permettront de reconnaître la présence de collections de ce genre dans la paroi utérine et fourniront, en conséquence, une indication de l'hystérectomie.

Ce sont d'ailleurs ces cas qui ont fourni à Tuffier une statistique de 45 opérations, avec 28 guérisons et 17 morts, et, quand on songe qu'il s'agit là d'une lésion fatalement mortelle, de l'aveu de tous les accoucheurs, on est bien en droit d'admettre que l'intervention peut être utile, et d'en rechercher, par les signes cliniques, les indications,

Or, que voyons-nous dans nos services, où les cas obstétricaux s'observent si fréquemment?

Une femme présente de la température peu de temps après sa délivrance. Un curettage est pratiqué, qui amène des débris de caduque ou de placenta, mais la température reste élevée et ne cède pas aux lavages.

On est en droit de supposer que le curettage a été insuffisant, mais un deuxième nettoyage n'abaisse pas davantage la température et, cependant, il n'existe ni annexite, ni complication pulmonaire.

De plus, l'exploration digitale de la cavité utérine, *toujours facile* à quelque époque que ce soit dans ces cas, indique que la paroi utérine est lisse et ne contient plus de débris.

La température, dès lors, ne peut tenir qu'à deux causes : ou à une septicémie générale ou à un abcès pariétal.

Or, la septicémie générale, de moyenne intensité quand elle n'est liée à aucune suppuration locale, cède généralement, soit à la médication interne, soit à l'usage des bains froids, comme nous l'a si bien rappelé notre collègue Quénu. Si elle ne cède pas, nous avons le droit de penser, de par les notions anatomo-pathologiques, qu'il existe un foyer de suppuration et que ce foyer est dans la paroi.

Ce n'est donc ni le degré de la température, ni la forme du pouls, ni les renseignements parfois incertains que donne l'examen du sang, mais bien la persistance de la température, qui, selon nous, constitue le meilleur signe de présomption en faveur de la lésion et du traitement qui lui convient.

Mais il est un autre signe dont la valeur a été ici contestée, et qui me paraît fournir un deuxième signe important en faveur de l'infection de la paroi et de l'intervention chirurgicale, c'est le défaut de régression de l'utérus et la perméabilité persistante de l'orifice interne.

M. Ricard nous a cité l'opinion des accoucheurs à ce sujet.

Je pourrai lui opposer l'opinion formelle d'autres accoucheurs, et, en particulier, celle du professeur Budin (1).

Selon eux, quand l'utérus ne contient rien, l'orifice interne de l'utérus est fermé et imperméable au doigt, de la trente-sixième heure au quatrième jour. Il n'en est plus de même lorsqu'il contient des débris placentaires infectés ou non, et c'est, pour ma part, ce que j'ai toujours vu à l'hôpital dans les cas d'infection, qu'il s'agisse d'accouchement à terme ou d'avortement.

Quand il y a eu rétention placentaire, la régression s'obtient,

(1) *Traité d'accouchements*, 4e vol., 1901.

en général, de suite après l'écouvillonnage, lorsque celui-ci a donné le résultat attendu.

Quant au fond de l'utérus, il est classique d'admettre qu'il descend progressivement, du douzième au quinzième jour, au ras de la symphyse pubienne (1), sauf les cas de fibrome, de malformation utérine ou les cas d'anomalie ovulaire (gros œuf, fœtus double, hydramnios).

Il résulte de ce que je viens de dire que la persistance de la perméabilité de l'orifice interne, quand on a constaté la vacuité absolue de l'utérus, constitue encore un signe d'infection pariétale.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des cas d'infection de la paroi, parce que j'ai eu l'occasion de vous en présenter un exemple bien net, et que notre collègue Tuffier en a rapporté une série de cas puisés dans les statistiques étrangères.

Mais il est une autre forme bien curieuse de l'infection puerpérale et peu connue en France : c'est la gangrène de l'utérus. Elle a été découverte par Slavjansky, mais surtout décrite par Bechmann, qui l'a observée à l'hôpital d'Obuchow, à Saint-Pétersbourg, et lui a consacré, en 1900, un important travail (2).

Cette gangrène, dont il rapporte 40 observations et 15 cas personnels, peut être partielle ou totale et s'accompagne, en général, d'infiltration purulente de la paroi et de la présence de streptocoques dans son épaisseur. Les parties gangrenées représentent des portions nécrosées de tissu conjonctif et de muscles atteints de dégénérescence graisseuse.

Il est intéressant de savoir que les lésions concomitantes de l'utérus peuvent entraîner la mort avant la déhiscence de la portion nécrosée, et que, quand celle-ci s'élimine, elle peut amener une perforation utérine rapidement mortelle, comme l'a signalé Grammatikati Isfolatowskaja et quelques autres.

Il s'agit donc là d'une lésion extrêmement grave présentant une mortalité (25 p. 100), due à la perforation ou à l'infection, et qu'il est très important de reconnaître pour intervenir à temps. Je dois dire, cependant, que l'auteur, dans son mémoire, ne dit pas un mot du traitement chirurgical. Quoi qu'il en soit, les signes cliniques sont caractéristiques et intéressants à signaler.

Les accidents semblent débuter de suite après la délivrance, surtout quand celle-ci a été instrumentale. Au bout de trois semaines, c'est-à-dire après le délai admis pour la régression utérine, on retrouve l'utérus gros, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

(1) Voir Budin (*loc. cit.*), page 630.
(2) *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XLII, Heft 3.

Dans aucun autre mode d'infection, d'après l'auteur, l'utérus ne reste aussi gros. Parfois même, il existe une véritable augmentation de volume, phénomène qui devient alors caractéristique et qui tient au processus inflammatoire lui-même. Il y a de la sensibilité à la pression, et la pression exercée à sa surface donne lieu à l'issue d'un flot de liquide.

En général, le liquide qui s'écoule spontanément est abondant et purulent; mais cet aspect purulent n'est pas primitif. Peu de jours après l'accouchement il présente une coloration brune et noir de café; déjà à ce moment il a une odeur très forte et est très abondant. Ce n'est que plus tard qu'il devient jaune sale, puis franchement purulent. Il n'est pas rare de constater la présence de gaz dans la cavité utérine. En tout cas le liquide a à ce moment une odeur gangreneuse caractéristique.

Le doigt pénètre facilement dans la cavité utérine, il rencontre une saillie qu'on prend facilement pour un fragment de placenta, et qui tient soit à la portion nécrosée en voie de se détacher, soit au gonflement de la paroi elle-même. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare que le doigt soit dans l'impossibilité de se mouvoir dans la cavité.

Le pouls varie de 110 à 120. La température oscille autour de 39 degrés. La langue est sale; il y a de l'anorexie et de la constipation.

Le 25e jour environ, élimination spontanée d'un fragment affectant parfois une forme triangulaire et dont le microscope seul indique la vraie nature.

Parfois un deuxième fragment est éliminé deux jours après.

La température alors tombe à 37 degrés et la sécrétion cesse brusquement. La guérison est donc rapide quand la déhiscence du séquestre ne s'accompagne pas de perforation et l'utérus reprend alors son volume.

Voilà, pour cette forme de la gangrène utérine, des signes bien nets et qui nous permettent de la reconnaître facilement.

Je résumerai ma communication de la façon suivante :

Infiltration purulente ou gangrène de la paroi utérine, voilà les deux formes jusqu'ici connues de l'infection puerpérale, non foudroyante et portant sur le parenchyme; le chirurgien doit les connaître, puisque ce sont des formes tardives, et que nous avons par cela même l'occasion de les voir souvent dans nos services. Les accoucheurs ne sauraient donc en être les seuls juges comme il a été dit ici.

La première de ces formes se présente sous l'aspect d'abcès soit uniques, soit multiples, ou d'infiltration purulente de la paroi.

La deuxième peut être partielle, disséminée ou totale, et la portion gangrenée peut en s'éliminant entraîner ou non la perforation de la paroi.

Ces deux formes peuvent exister en dehors de toute complication du côté des annexes ou des viscères éloignés; elles peuvent coexister avec une vacuité absolue de la cavité utérine.

Leur pronostic est fort grave. La deuxième comporte une mortalité de 25 p. 100. La première entraîne presque fatalement la mort.

Il est donc indispensable d'en connaître les caractères cliniques pour établir les indications opératoires, et j'ai assez insisté sur eux pour pouvoir affirmer que le diagnostic en sera presque toujours, sinon toujours, possible dans tous les cas.

Du procédé opératoire je ne dirai qu'un mot.

J'ai eu recours dans mon cas à l'hystérectomie subtotale. M. Terrier considère cette opération comme tout à fait contre-indiquée, mais ne nous donne pas ses raisons. Je ne reprendrai pas les arguments judicieusement exposés dans une des dernières séances par notre collègue Tuffier, qui est également partisan de ce procédé. Les statistiques, d'ailleurs, plaident éloquemment en faveur du procédé que j'ai adopté, puisque la totale donne six guérisons et six morts; la sus-vaginale, 9 guérisons, 1 mort (statistique Tuffier).

Quant à la voie vaginale, seul M. Faure défend cette opération. La statistique nous montre qu'elle est inférieure à la voie abdominale.

Présentation de malades.

Fracture de rotule traitée par la simple suture des ailerons.

M. Chaput. — J'ai opéré le 21 février dernier un malade qui présentait une fracture récente, transversale, de rotule, avec 2 centimètres d'écartement; les ailerons étaient largement déchirés.

Sur les côtés de la rotule, je fis, sous l'anesthésie locale à l'eucaïne au 1/100, deux incisions verticales de 4 à 5 centimètres qui me permirent de mettre à nu les déchirures des ailerons; avec une curette tranchante, j'enlevai les caillots qui adhéraient fortement aux fragments osseux.

Je plaçai ensuite sur chaque aileron deux sutures à la soie moyenne, puis je suturai la peau au crin de Florence, en laissant un orifice béant, sans drain pour l'évacuation du sang, car l'action

vaso-dilatatrice de l'eucaïne avait occasionné un suintement sanguin abondant.

Le malade a guéri *per primam.* Il a commencé à marcher au bout du 30e jour; la rotule est un peu augmentée de volume, mais on n'y trouve pas trace de cal; la réunion est osseuse ou fibreuse très serrée. L'extension du membre est très bonne, la flexion est encore limitée à cause de l'immobilisation partielle et prolongée du membre.

Les avantages de ce procédé sont les suivants :

1° Il rend facile et pratique l'anesthésie locale à la cocaïne ou à l'eucaïne.

2° Il permet d'obtenir un excellent résultat, sans suture osseuse, et sans abandon d'un corps métallique dans la plaie.

3° Le traumatisme est tellement insignifiant que les chances d'infection de la plaie se trouvent réduites au minimum.

M. Peyrot. — Je pense que pour traiter chirurgicalement les fractures de la rotule, il est bon d'aborder directement l'articulation de façon à pouvoir l'explorer complètement et la vider de tout le sang qu'elle contient.

Quant aux moyens à employer pour maintenir les fragments en bonne position, je déclare qu'après avoir essayé des différents procédés de suture osseuse et du cerclage, je me suis arrêté à la simple suture des ailerons et des plans fibreux antérotuliens. Cette manière de faire m'a donné toute satisfaction. Elle est en tout point conforme aux principes qui paraissent devoir nous guider ici.

Pourquoi a-t-on introduit la suture de la rotule dans la pratique chirurgicale dès que l'on a pu ouvrir le genou sans danger? Pour cette raison unique que la consolidation osseuse de la rotule ne s'obtenait presque jamais avant l'emploi des méthodes sanglantes. Or, quel est l'obstacle essentiel, je dirais presque unique, à la consolidation osseuse? c'est l'encapuchonnement des fragments rotuliens par les plans fibreux. Ici comme partout, c'est l'interposition de tissus venus du voisinage qui empêche la réunion des fragments. Je dégage donc ces fragments; je résèque, pour plus de sûreté, les capuchons fibreux que je trouve rebroussés sur les plans de cassure, et alors il me suffit de réunir les bords fibreux ainsi rafraîchis et ramenés au niveau des bords osseux pour maintenir les surfaces osseuses en contact parfait. Dans ces conditions la réunion par cal osseux s'obtient aussi facilement avec la rotule qu'avec n'importe quel os.

Que gagne-t-on à faire une véritable suture osseuse avec perforation des fragments rotuliens? de mieux rapprocher les frag-

ments? J'affirme qu'à ce point de vue on ne peut obtenir un résultat meilleur que par la simple suture à la soie ou au catgut des plans fibreux. De faire marcher ses malades plus tôt? Tout d'abord, l'avantage est-il bien grand? Mes malades commencent à exécuter des mouvements dans leur lit le 30e jour. Je les fais lever du 35e au 40e jour. On les masse, on leur fait exécuter des mouvements progressifs. Ils marchent rapidement et bien. J'ai souvent vu les malades qui avaient été suturés souffrir longtemps, et je pense qu'ils doivent de temps en temps casser leurs fils et voir l'écartement se reproduire. Cet accident a été observé plus d'une fois, même assez longtemps après que la consolidation parfaite avait été obtenue. Je l'ai personnellement noté dans deux cas; à plus forte raison doit-il se produire lorsqu'il s'agit de fractures récentes. Enfin, je trouve peu logique de perforer sur deux points chaque fragment d'un os, qui la plupart du temps est déjà malade. Nous savons bien que les fractures de la rotule ne vont pas sans une prédisposition particulière due à quelque altération mal définie de l'os lui-même.

Ces objections ne peuvent pas s'adresser au cerclage, opération très simple et excellente. Mais encore ici je dirai qu'il ne faut pas envisager le cerclage comme un moyen de doubler la résistance de la rotule. Si une fracture itérative devait se produire, ce n'est pas le cerclage qui l'empêcherait, et quant au rapprochement exact des fragments, il sera encore mieux obtenu avec la suture des plans fibreux et des ailerons — après la résection des parties rebroussées sur les fragments — que par n'importe quel cerclage.

Du reste, chez tous les malades que j'ai eu à traiter dans ces dernières années et récemment encore chez un homme dont la rotule était brisée en nombreux fragments, j'ai obtenu des résultats absolument parfaits, au point de vue de la forme, de la solidité du col, et du rétablissement de la fonction, le tout dans un temps relativement court.

M. Quénu. — Il ne me paraît bon de supprimer la suture de la rotule dans les fractures de cet os; je ne conteste pas qu'on puisse, dans certains cas, se contenter de la suture fibreuse péri-rotulienne; mais, dans les conditions ordinaires, et surtout lorsque nous ne voyons les malades que huit à dix jours après la fracture, la suture osseuse est nécessaire, soit que l'on fasse la suture ou le cerclage.

M. Picqué. — Je tiens ici à défendre la suture péri-rotulienne que mon maître, M. Périer, m'avait enseignée à Lariboisière, et qui nous a donné à tous deux pendant plusieurs années d'excel-

lents résultats. C'est ce procédé qui a été étudié par Gilis dans sa thèse sous le nom de suture en lacet.

Je n'aurais, pour ma part, jamais abandonné ce procédé, si le cerclage n'était un procédé beaucoup plus rapide et tout aussi sûr.

M. Ricard. — Quel avantage M. Chaput trouve-t-il à ce moyen? Il n'y a pas de différence de gravité entre son opération et la suture ou le cerclage, et ces derniers me semblent supérieurs au point de vue de la perfection et de la solidité de la coaptation. Vous ne pouvez rien reprocher à la suture ou au cerclage de la rotule, que je considère comme les meilleurs traitements de ces fractures.

M. Demoulin. — Je suis loin de nier les bons résultats que donne la suture des tissus fibreux péri-rotuliens dans le traitement des fractures, quelle que soit leur variété.

Jusqu'alors, quand, tout bien examiné, je me suis décidé à recourir à la méthode sanglante, je me suis tenu aux règles suivantes : pour les fractures transversales communes, à fragments à peu près égaux, suture ou cerclage; pour les fractures transversales à petit fragment inférieur, pour les fractures multiples, cerclage; suture ou cerclage faits avec le gros fil d'argent.

Je considère, en effet, comme plusieurs de mes collègues, ce gros fil d'argent, non seulement comme le meilleur agent d'une coaptation parfaite, mais encore comme un cal temporaire, permettant de faire marcher rapidement les malades, commme un soutien pour ce cal, qui, une fois formé, ne présente pas toujours, quand il est fibreux, ce qui est la règle, une résistance suffisante.

Si vous avez confiance dans les sutures au fil d'argent, vous ferez lever vos malades dès le 15e jour, au 10e jour même; on en a rapporté, ici, des exemples, et les présentateurs ont ajouté qu'ils avaient autorisé leurs malades à marcher, avec des béquilles, dès qu'ils avaient quitté le lit. Il y a mieux encore : M. Reclus a vu un fracturé de la rotule, suturé avec le fil d'argent, marcher convenablement le 19e jour; et M. Lucas-Championnière, un autre malade qui se trouvait dans les mêmes conditions, au 10e jour.

Ce sont là des exceptions heureuses, je le veux bien; toujours est-il que la grande majorité des malades qui ont subi la suture ou le cerclage de la rotule marchent facilement à la fin du deuxième mois.

Or, ceux de nos collègues qui préconisent la suture des parties fibreuses périrotuliennes nous disent qu'ils laissent leurs malades dans l'immobilisation complète pendant 25, 30 et 35 jours;

je doute que, dans ces conditions, la marche soit facile à la fin du deuxième mois.

La possibilité de la marche rapide du blessé, après la suture métallique, fait que je lui donne la préférence sur les procédés qui viennent d'être défendus.

Il peut arriver, dit-on, que le fil casse; à cela je répondrai qu'il en est de même avec la suture des tissus fibreux périrotuliens; je pourrais citer deux exemples de cet accident.

Le gros fil d'argent ne cède guère, dans les tentatives de marche précoce, mais bien dans les manœuvres, trop hâtives, faites pour amener la flexion de l'article. Or, celles-ci doivent être proscrites, elles sont inutiles; le malade qui marche de bonne heure arrive vite, de lui-même, à fléchir le genou, au moins jusqu'à l'angle droit.

M. Rochard. — Je voudrais simplement faire remarquer que les fils d'argent, nécessaires selon moi pour assurer une bonne coaptation des fragments, ne sont pas toujours assez solides pour assurer par leur présence une prothèse utile. Ils cassent en effet souvent, ce dont nous avons pu nous convaincre par des radiographies.

M. Walther. — Je partage absolument la manière de voir de M. Peyrot.

Pour les sutures de la rotule, comme pour toutes les sutures osseuses, j'emploie exclusivement, et cela depuis six ou sept ans, le crin de Florence. Dans des cas où je n'avais fait que la suture des tissus fibreux, ou le cerclage au crin, j'ai obtenu d'excellents résultats. Je dois dire que je maintiens toujours l'immobilisation jusqu'à ce que le cal osseux soit solide.

M. Michaux. — Je suis étonné d'entendre mes collègues parler encore de suturer la rotule avec des fils aussi minces, aussi peu résistants que la soie, des crins de Florence, ou d'obtenir la coaptation des fragments par la suture au catgut des parties fibreuses périphériques. Il faut avoir oublié combien il est difficile dans bon nombre de cas d'obtenir cette coaptation en employant la suture ou le cerclage avec de gros et solides fils d'argent.

M. Walther. — Je n'ai pas dit que je ne faisais pas la suture des fragments. Suivant les cas, j'emploie la suture des parties fibreuses, le cerclage, la suture osseuse. Il faut, avant tout, obtenir une coaptation parfaite des fragments après avoir réséqué les lambeaux fibreux interposés. Peu importe le procédé de fixation

employé si la coaptation est bonne et maintenue jusqu'à consolidation complète. J'insiste sur les avantages que me semble offrir le crin de Florence sur les fils métalliques.

M. Quénu. — Il est inutile de compliquer cette question et de savoir si le malade devra se lever après 15, 20, 30, 35 jours. Le problème qui est posé est de savoir si la suture fibreuse péri-rotulienne peut toujours remplacer la suture rotulienne que pratiquent la plupart d'entre nous. Dans certains cas, vous avez de la difficulté à rapprocher les fragments, et lorsque cet écartement existe, que la rotule est éversée, il faut lutter contre cette rétraction musculaire. Si vous mettez simplement des fils périrotuliens, vos fils peuvent couper, parce que parfois l'étoffe est mauvaise, ou parce que la traction est trop considérable, et, dans ces cas, il est indispensable, après avoir fait la libération des fragments, d'assurer leur coaptation par une bonne suture à travers la rotule.

M. Peyrot. — Il est possible que pour des fractures déjà anciennes de dix ou quinze jours le rapprochement des fragments ne soit pas toujours facile. Mais les fractures récentes permettent toujours la mise en contact des surfaces osseuses, sans qu'il soit nécessaire d'exécuter la moindre traction. Dès le lendemain ou le surlendemain de l'accident le triceps est déjà en voie d'atrophie, il ne réagit plus avec son énergie habituelle. L'articulation étant débarrassée de son épanchement, rien ne s'oppose à ce que les fragments soient mis exactement en contact et y restent sous l'influence de la plus simple suture des plans fibreux. Au demeurant, je n'hésiterais pas, si, dans un cas donné, la réunion des plans fibreux me paraissait difficile à exécuter ou insuffisante, à recourir au cerclage, que je considère, je le répète, comme une très bonne opération.

M. Chaput. — Mon collègue Ricard se demande quel est l'avantage de ma manière de procéder.

Je lui ferai remarquer que ma technique rend facile et pratique la cocaïnisation locale, qui éprouve beaucoup moins les malades et qui est beaucoup plus bénigne que la chloroformisation.

L'opération peut s'exécuter avec un bistouri, deux pinces hémostatiques et une aiguille quelconque.

Elle ne laisse pas dans la plaie un corps étranger métallique qui souvent se casse, et quelquefois perfore les téguments et s'élimine.

Mon procédé ne perfore pas largement la rotule comme la suture osseuse; or, cette perforation, comme le faisait remarquer M. Peyrot, est d'autant plus défectueuse que les rotules qui se fracturent sont fragiles, poreuses et raréfiées.

Le traumatisme se trouve réduit au minimum, et nous réduisons la suture de la rotule à une opération de petite chirurgie ; or, nous savons que plus une opération est simple et rapide et moins elle expose à l'infection.

Les incisions latérales sont très petites, elles ne mesurent que 3 centimètres. Elles ne laissent pas comme l'incision antérieure une cicatrice adhérente à la rotule et souvent douloureuse.

L'incision latérale permet d'ailleurs d'évacuer l'articulation, d'enlever les caillots adhérents aux os avec une curette et d'aviver convenablement les fragments.

Lorsqu'on fait une suture osseuse, ce n'est pas le fil qui rend la rotule solide, c'est la réunion des tissus osseux et fibreux; mettez les fragments en contact au moyen de la suture des parties molles et vous obtiendrez un cal osseux tout aussi solide que si vous aviez perforé l'os.

Les difficultés de coaptation des fragments n'existent pas avant le vingtième jour; au delà de ce terme il ne s'agit plus de fractures récentes; or, je n'ai parlé que de ces dernières.

Je termine en répétant que ma technique simplifie énormément l'opération de la suture des fractures de la rotule et la rend plus bénigne.

Présentations de pièces.

Épithélioma secondaire de l'ovaire droit chez une femme ayant subi une entérectomie il y a trois ans pour un épithélioma de l'intestin grêle.

M. Le Dentu. — Je dirai tout d'abord que je dois tempérer par une certaine réserve l'affirmation absolue renfermée dans le titre de ma présentation. S'appuyant sur l'examen de fragments de la tumeur fixés hier, tout de suite après l'opération, mon chef de laboratoire, le Dr Pettit, m'a déclaré catégoriquement ce matin que, dans certains points surtout, la tumeur offrait nettement les caractères de l'épithélioma et que je pouvais la présenter comme telle.

Un examen histologique plus complet, sur des fragments fixés pendant un temps beaucoup plus long, me permettra d'être plus affirmatif encore. Je vous prie donc de considérer mes allégations de ce jour comme provisoires ; je fournirai moi-même, lorsque le moment sera venu, les bases du contrôle dont elles ont besoin.

Cette tumeur est, comme vous le voyez, formée de plusieurs lobes, les uns solides, les autres kystiques. Ils se confondent

tous en une masse unique qui occupait la moitié inférieure du ventre, et dépassait l'ombilic par en haut, surtout dans la région du flanc droit. Le poids total était de 2 kil. 842, immédiatement après l'opération; un des kystes s'étant rompu, probablement pendant l'opération, mais sans que je m'en aperçusse, le poids vrai de la tumeur, y compris ce kyste rompu, devait être de plus de 3 kilogrammes.

A la coupe, les parties solides ont un aspect mucoïde manifeste; des traînées d'infiltration graisseuse parcourent le tissu morbide. Dans le kyste ouvert existent plusieurs végétations. Extérieurement certains lobes ou lobules ont une couleur jaunâtre, d'autres sont gris rosé ou blanchâtres.

La tumeur était reliée à l'utérus par un pédicule assez large, mais ne présentant rien de particulier. Elle était tordue sur elle-même d'un quart de circonférence environ. Les annexes du côté gauche étaient adhérentes mais intactes. Elles ont été laissées en place.

De la sérosité citrine un peu louche occupait en assez grande abondance la cavité péritonéale. En haut et à droite, sans doute au niveau de l'entérectomie, des adhérences lâches rattachaient les anses intestinales à la paroi abdominale. L'épiploon était refoulé vers l'estomac. Nulle part, à la surface du péritoine, il n'existait de végétations ou de granulations cancéreuses. La séreuse était rouge et irrégulière, par le fait d'une simple péritonite chronique à exsudat séro-fibrineux. La tumeur était donc ovarique et rien qu'ovarique.

Le fait qu'elle avait été précédée par un épithélioma de l'intestin grêle dûment constaté par le microscope lui communique un intérêt spécial.

Il est plus que probable qu'il s'agit réellement d'un épithélioma secondaire de l'ovaire, malgré la persistance de la guérison du côté de l'intestin et le manque de toute production cancéreuse ou seulement douteuse dans le reste du ventre.

Je pense que l'étude approfondie de ce tissu morbide me permettra d'être beaucoup plus ferme dans mes allégations.

Pour des raisons qu'il serait inoppportun d'énumérer ici, j'avais éliminé dans mon diagnostic différentiel le cancer secondaire du mésentère et de l'épiploon, ainsi que le cancer diffus du péritoine avec masses prédominantes dans le bas-ventre, et j'avais cru pouvoir affirmer, sauf réserves, la tumeur maligne secondaire d'un ovaire. Jusqu'ici, l'événement semble avoir pleinement confirmé ce diagnostic.

M. Quénu. — La présentation de M. Le Dentu est susceptible

d'interprétations diverses. Un malade est opéré il y a trois ans pour une tumeur de l'intestin. Treize mois après on observe l'apparition d'une tumeur ovarique.

Peut-on dire d'abord qu'une des tumeurs est secondaire à l'autre? il faut, pour le prouver, comparer les préparations histologiques des deux pièces, et voir si les structures appartiennent au même type. Deux tumeurs, en effet, deux épithéliomas, peuvent être contemporains, ou se succéder, sans qu'il y ait aucune filiation entre eux, témoin ces exemples de simultanéité d'une tumeur pavimenteuse de l'œsophage avec un épithélioma cylindrique du cholédoque.

En deuxième lieu, quelle est celle des tumeurs qui a précédé l'autre? Les épithéliomas de l'ovaire ne sont pas rares, puisqu'ils constituent l'essence de la plupart des kystes ovariques, or, un de ces kystes peut rester petit et évoluer ultérieurement vers l'épithélioma diffus. On peut donc supposer qu'un petit épithélioma ovarique préexistait à la tumeur intestinale, ou bien enfin supposer que la tumeur intestinale a été primitive.

Je pense, pour ma part, que les épithéliomas ovariques secondaires ne sont pas très fréquents : j'en ai observé cependant deux exemples à la suite de cancers de l'estomac.

M. Le Dentu. — Je pose la question des épithéliomes secondaires de l'ovaire. Il ne m'est pas possible à l'heure actuelle de répondre à vos objections, mais je compléterai cette étude au point de vue clinique et histologique.

Volumineux fibrome du ligament large ; fibrome de l'utérus et kyste de l'ovaire.

M. Monod présente un volumineux fibrome du ligament large enlevé par laparotomie chez une femme de quarante-six ans. La malade portait en outre un fibrome interstitiel de l'utérus, et un petit kyste de l'ovaire gauche. L'ensemble de ces tumeurs pesait plus de 4 kilogrammes ; le fibrome du ligament large est pour plus de 3 kilogrammes dans ce total.

La tumeur du ligament large a été assez facilement enlevée après incision du ligament et par voie de clivage ; celle de l'utérus, par hystérectomie sus-vaginale.

Un point intéressant est que cette femme portait ces volumineuses tumeurs sans en soupçonner l'existence. Elle était venue consulter M. Monod pour être débarrassée d'une petite hernie

ombilicale très évidente, et n'attribuait le développement de son ventre qu'à l'obésité dont elle était affligée.

La malade a été opérée le 24 mars dernier — elle peut être considérée comme en voie de guérison — la réaction locale et générale ayant été nulle.

M. PICQUÉ. — Je désire savoir de M. Monod si dans son cas l'uretère était déplacé.

M. POTHERAT. — La question de M. Picqué me surprend un peu. L'uretère parcourt le ligament large en bas, et les fibromes se développent dans la partie supérieure de ce même ligament. Il suffit d'inciser en haut du péritoine, de décoller le fibrome de ses connexions avec le ligament large et l'énucléation devient simple. J'ai opéré ainsi un grand nombre de fibromes, entre autres un fibrome de 5 kilogrammes, et je n'ai jamais rencontré l'uretère.

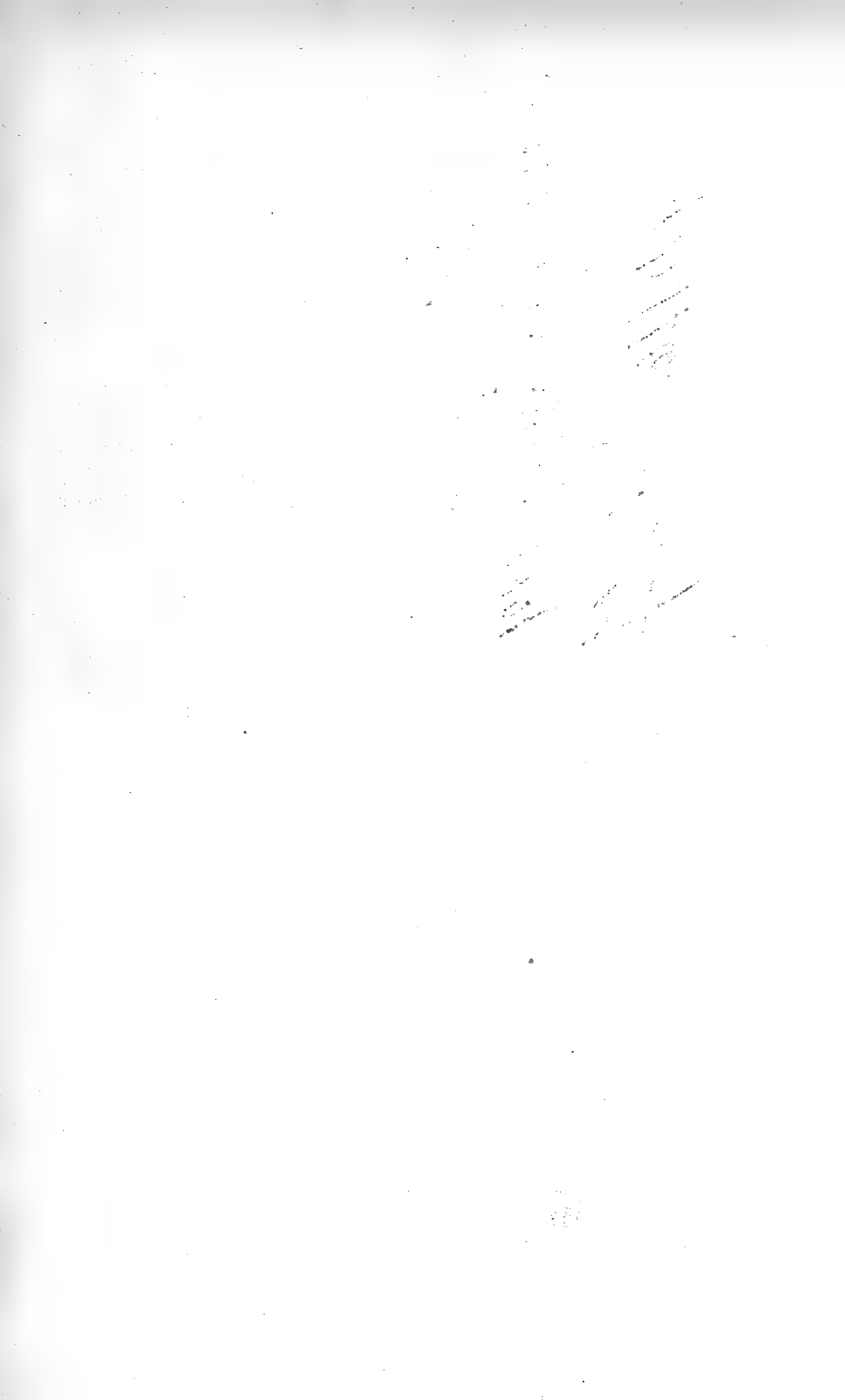
Il suffira d'ailleurs, avant de faire la brèche péritonéale, de regarder si l'uretère ne se trouve pas sous le bistouri.

M. PICQUÉ. — Je tiens à préciser ma question ; en effet, dans un certain nombre de cas, la déviation de l'uretère est très marquée et je me rappelle un cas que nous avons observé ensemble à la Pitié, avec mon maître, M. Berger, où cette déviation était réellement considérable.

Les faits visés par M. Potherat sont en effet intéressants, mais il n'en est pas moins vrai que, dans d'autres cas, la déviation que je signale existe bien réellement.

Le Secrétaire annuel,
GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 3 AVRIL 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Delorme, qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Beurnier, qui, retenu par une indiposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Paul Segond offre à la Société, de la part de M. Paul Petit, le livre que cet auteur vient de publier sur l'*Anatomie gynécologique clinique et opératoire.*

M. le Président remercie M. Paul Petit, au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos du traitement des fractures de la rotule.

M. Paul Reynier. — Je n'étais pas présent à la dernière séance au moment de la discussion, soulevée par notre collègue M. Chaput,

à propos d'un malade qu'il avait traité pour fracture de la rotule.

Comme M. Peyrot, dont je suis la pratique, sans savoir quelle était sa manière de faire, depuis 1894, j'ai renoncé à la suture des fragments de la rotule au fil d'argent. Comme lui, je me contente, après avoir bien nettoyé l'articulation de tout le sang qu'elle contient, de suturer sur les côtés de la rotule la déchirure articulaire, et en rapprochant les tissus fibreux des ailerons avec une suture au catgut en surjet, ou en points séparés. Je rapproche ensuite les fragments rotuliens en passant des fils dans le tissu fibreux périosté qui recouvre ces fragments.

Comme M. Peyrot, au bout de trente jours, mes malades peuvent marcher, et j'ai toujours eu, par cette manière de faire, d'excellents résultats qui se sont maintenus, car je vous ai présenté un malade, il y deux ans, ainsi suturé un an après mon intervention.

Cette pratique a pour moi l'avantage de ne pas laisser de corps étranger, tels que le fil d'argent, dont la saillie intra-articulaire, quelque précaution que vous preniez, irrite les surfaces articulaires et devient une telle gêne qu'on est obligé de l'enlever, comme je l'ai fait deux fois. De plus, le passage de ce fil est quelquefois difficile ; il fait éclater les fragments et risque quelquefois de déterminer l'élimination de petits séquestres qui prolonge la convalescence.

M. Reclus. — Il y a très longtemps, j'ai suivi même pratique, et me contentais de cette suture fibreuse péri-rotulienne ; mais, comme je laisse mes opérés se lever au bout du 13e ou 14e jour, j'ai renoncé à ces sutures fibreuses. Je suis revenu au fil d'argent, et j'obtiens ainsi de très bons résultats.

M. Reynier. — Le fil d'argent pénètre-t-il dans l'articulation ?

M. Reclus. — Non.

M. Quénu. — Cette pratique des sutures péri-fibreuses a dû venir à l'esprit de tous les chirurgiens, et, il y a sept ans, j'ai employé ce procédé, qui répond peut-être à quelques cas particuliers. Il n'y a pas de question de priorité à discuter.

M. Chaput. — Si cette question de priorité était en cause, j'établirais qu'en 1890 j'ai décrit avant mes collègues la suture des parties fibreuses de la rotule dans la *Semaine médicale* ; et la thèse de M. Gilis a été faite postérieurement, sous l'inspiration de M. Périer.

Rapports.

Rapport sur deux observations de *résection intestinale pour cancer*, de M. Imbert (de Montpellier); sur une observation de *résection de l'anse oméga*, par MM. Gilis et Imbert, et sur deux observations de *résection intestinale pour cancer*, par M. Brin (d'Angers).

Rapport par M. QUÉNU.

La similitude des observations communiquées par MM. Gilis, Imbert et Brin, m'a engagé à les réunir dans un même rapport.

Dans la première observation de M. Brin, il s'agit d'un homme âgé de trente-cinq ans, souffrant depuis longtemps de constipation, entrecoupée de quelques diarrhées, et en proie déjà à la cachexie. La palpation permettait de sentir dans le flanc droit une tumeur du volume du poing, sonore, bosselée et très mobile transversalement, aussi bien que de haut en bas, puisqu'on pouvait la faire descendre jusqu'à la crête iliaque et la cacher sous les côtes.

M. Brin fit une laparotomie médiane, attira la tumeur jusqu'à la plaie et put reconnaître qu'elle occupait le côlon descendant et l'angle du côlon. Bien que le cæcum fût indemne, M. Brin se résolut à l'englober dans son exérèse. Après section des brides qui relient la vésicule biliaire et l'estomac à l'angle colique et un décollement facile au niveau du cæcum, mais ardu au niveau du côlon et de l'angle, après vingt-cinq minutes d'hémostase sur le duodénum et le pancréas et ligature des vaisseaux coliques, la coprostase étant assurée par des pinces, M. Brin fit porter sa section, d'une part, sur l'intestin grêle, d'autre part, sur le côlon transverse, à bonne distance du néoplasme. Les deux bouts intestinaux furent fermés et anostomosés latéralement, à 7 ou 8 centimètres de leurs cæcums respectifs. Cette anastomose fut rendue pénible par la brièveté de la fin du mésentère, et la juxtaposition des anses se fit mal.

L'opération avait duré deux heures dix. Drainage. Les suites furent bonnes, aussi bien comme pouls que comme température pendant les quatre premiers jours; mais, le cinquième jour, le tableau changea complètement, du fait évidemment du relâchement des sutures intestinales, car du liquide jaunâtre coulait par la plaie du drain. La mort survint rapidement; il n'y eut pas d'autopsie.

La seconde observation eut une suite plus heureuse.

Les premiers symptômes, d'une année de date, chez une femme

de cinquante-huit ans, furent des douleurs très intenses, tantôt dans la région lombaire, tantôt dans la fosse iliaque. Les premiers signes d'obstruction ne remontaient qu'à deux mois. Pas d'hémorragie, pas plus que dans l'observation précédente. Amaigrissement considérable.

Par le palper, on percevait dans le flanc droit une tumeur du volume d'une orange, mobilisable depuis le rebord costal jusqu'à la crête iliaque. Cette mobilité était telle que M. Brin, influencé aussi, il faut le dire, par quelques troubles urinaires, avait pensé à un rein mobile avant d'adopter définitivement le diagnostic de cancer de l'intestin.

L'opération se fit le 24 août dernier.

Une incision fut menée le long du bord externe du muscle droit, l'angle colique malade réséqué entre deux pinces et les deux bouts suturés circulairement par deux plans, l'un total, l'autre séro-séreux. Le bout supérieur étant plus large, on dut le rétrécir au cours de l'entérorraphie pour obtenir une anastomose régulière. Durée : une heure vingt.

Les suites ne présentèrent aucune particularité. La malade sortit guérie le 12 septembre de l'hôpital, fut revue un mois après, engraissée de 5 livres, et plus tard encore le 10 novembre.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithéliome cylindrique.

Notre confrère a fait suivre ses deux observations de quelques remarques. Il note d'abord que, même après ouverture du ventre, l'opérabilité d'un cancer de l'intestin n'est pas toujours facile à déterminer. La tumeur peut sembler mobile et, néanmoins, présenter postérieurement des attaches solides.

En second lieu, il pose en principe qu'il faut aboucher, en cas d'anastomose iléo-colique, le bout postérieur aussi loin que possible du cæcum colique, autant dire qu'il recommande l'anastomose iléo-sigmoïde et l'exclusion partielle du reste du gros intestin.

Troisièmement, en cas de localisation angulo-colique droite du cancer, l'extirpation du cæcum et du côlon descendant lui paraît logique, l'anse cæcale se prêtant mal à une anastomose avec une autre partie du gros intestin.

4° Enfin M. Brin estime qu'il y aurait avantage à compléter une opération d'extirpation colique suivie d'entérorraphie circulaire par l'établissement d'une anastamose iléo-sigmoïde après section et fermeture du bout cæcal. Cette anastomose termino-latérale, si possible, ou latéro-latérale, serait pratiquée au bouton de Murphy. L'avantage de cette pratique serait d'une part d'écarter tout danger de rétrécissement au niveau des bouts suturés, et

d'autre part, au point de vue de la récidive, d'éviter le contact irritant des matières au niveau de la cicatrice colique.

MM. Gilis et Imbert sont intervenus dans des conditions toutes différentes; appelés auprès d'un malade présentant tous les signes d'une occlusion intestinale avec vomissements fétides et météorisme à la fin du quatrième jour du début des accidents, MM. Gilis et Imbert firent une laparotomie médiane, explorèrent en vain les deux fosses iliaques, mais trouvèrent dans le petit bassin une tumeur qu'ils amenèrent aisément hors du ventre. Cette tumeur consistait en une sorte d'épaississement de 5 à 6 centimètres de long, portant sur l'anse oméga sans saillie notable. La limitation et la mobilité du néoplasme engagèrent les chirurgiens à faire d'emblée l'entérectomie. La coprostase obtenue à l'aide de bandelettes de gaze, l'exérèse fut pratiquée et les deux bouts suturés à l'aide de deux surjets, l'un perforant, à la soie, l'autre séro-séreux, au catgut. Durée, 1 heure 15. Le jour même, le malade eut deux selles abondantes et la guérison eut lieu sans encombre.

Les auteurs font remarquer que les accidents d'occlusion ont été la première manifestation importante du néoplasme intestinal.

Les deux observations qui suivent appartiennent à M. Imbert. Dans l'une, la maladie s'est annoncée par des douleurs dans la fosse iliaque gauche, puis la constipation opiniâtre est apparue, quelques stries de sang colorèrent les selles, enfin le syndrome fut complété par la constatation d'une tumeur; d'autre part, on sentait, par le toucher vaginal combiné au palper, une deuxième tumeur à prolongement iliaque droit.

La laparotomie médiane fit constater que cette seconde tumeur était un kyste du ligament large La première, celle de la fosse iliaque gauche, appartenait au côlon iliaque et adhérait à la fosse iliaque. Les difficultés d'extirpation paraissant devoir être considérables, M. Imbert ajouta à l'incision médiane une incision perpendiculatre lui permettant de mieux découvrir la fosse iliaque; détachement de la tumeur, résection entre deux pinces. entérorraphie circulaire : tels furent les trois temps opératoires. La durée avait été de deux heures, la mort survint le troisième jour par péritonite.

M. Imbert attribue cet échec à cette circonstance qu'il ne put attirer la tumeur hors du ventre et que le péritoine dut s'infecter au contact des anses intestinales ouvertes; il n'y avait pas eu de drainage.

La seconde observation de M. Imbert se rapporte à une femme de cinquante-deux ans, qui vint consulter pour une tumeur ombilicale de trois ans de date, mais déterminant des accidents douloureux depuis quelques semaines; la tumeur ombilicale était

douloureuse et irréductible; le ventre ballonné, aucune selle depuis deux jours, pas de vomissement. Le diagnostic de hernie ombilicale enflammée fut porté.

Une laparotomie médiane ouvrit le sac, qui contenait une masse charnue à prolongement intra-abdominal à travers l'anneau. Après ouverture large de cet anneau, on attire toute la masse au dehors, masse formée d'épiploon et de côlon transverse néoplasié; résection, abouchement des deux bouts, résection du sac herniaire : tels furent les différents temps de l'opération. L'état de l'opérée était satisfaisant trois semaines après l'intervention.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait bien d'un cancer épithélial de l'intestin adhérent au grand épiploon et non d'une épiploïte herniaire.

Il ne saurait être dans mon intention d'aborder, à propos de cinq observations isolées, la thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin : celle-ci, à mon sens, a tout à gagner à être scindée plutôt qu'à être étudiée en bloc.

Il est une première division qui s'impose, suivant qu'on a ou non devant soi un cancer intestinal en pleine crise d'obstruction.

Le chirurgien qui se trouve en présence d'une occlusion intestinale, a tout intérêt à établir la cause néoplasique ou non néoplasique des accidents. Je me crois autorisé à dire que ce diagnostic est dans la majorité des cas possible. Il est bien rare que l'accident aigu n'ait pas été précédé par une période de constipation de plus ou moins longue durée, ou par une diarrhée persistante inexpliquée chez un individu d'un certain âge, ou encore par des accès douloureux en un point toujours le même du ventre, par des coliques, des crises de petite obstruction, des envies continuelles de garde-robes, du mélœna, etc. Les accidents d'occlusion s'établissent avec moins de rapidité (1). Il y aurait d'ailleurs moins d'inconvénient à croire à tort au néoplasme qu'à faire l'erreur inverse.

D'une facon générale, j'estime que dans l'occlusion intestinale, le choix du traitement est subordonné à l'état de météorisme ou de souplesse du ventre et par conséquent d'ordinaire à la date de l'occlusion. La laparotomie me paraît, bien entendu, l'opération de

(1) J'ai vu à Beaujon un jardinier rester un mois sans rendre ni gaz ni matières avant d'arriver aux accidents terminaux dont il mourut : cet homme avait avalé une livre de cerises avec les noyaux, et c'est l'accumulation de ceux-ci derrière le rétrécissement qui avait provoqué la crise. Il n'en est pas moins vrai que certain cancers intestinaux, comparables en cela aux modalités cliniques bien connues du cancer de l'estomac, méritent comme celles-ci le nom de cancers latents et ne révèlent brusquement leur existence que par une diarrhée rebelle ou au contraire par un accident grave d'obstruction, comme dans l'observation de MM. Gilis et Imbert.

choix, à la condition que le degré de ballonnement du ventre et l'état général du malade rendent possible et supportable cette intervention. Mais lorsque, appelé au 9e ou 10e jour d'une occlusion, on se voit obligé, pour trouver l'obstacle, de procéder à l'éviscération, et que pour rentrer les anses paralysées et distendues on n'a pour ressource ou qu'un taxis pénible avec ou sans le procédé de la serviette, ou que la ponction de l'intestin, qui fréquemment ne vide qu'une ou deux anses et dont l'innocuité est fort discutable, je crois réellement que l'anus contre nature reprend ses avantages. Tel est mon avis, s'il ne s'agit que d'une simple bride à sectionner, d'un type d'étranglement interne.

Que dire, s'il faut joindre aux manœuvres d'éviscération, puis de réduction, l'exérèse d'un segment cancéreux et le rétablissement de la continuité intestinale ?

La conduite à tenir est plus discutable si, avec la probabilité d'un cancer comme cause d'occlusion, on se trouve en présence, au 3e, 4e ou 5e jour des accidents, d'un météorisme moyen et d'un état général satisfaisant. Dans de pareilles conditions MM. Gilis et Imbert ont ouvert le ventre, et en présence d'une tumeur mobile et limitée recoururent d'emblée à l'entérectomie. Bien que le succès ait couronné leur entreprise, on ne peut réellement généraliser cette pratique; chaque cas particulier mériterait qu'on mît en regard de l'état général du malade et de sa force de résistance supposée, l'estimation souvent bien délicate des difficultés opératoires et de la longueur probable de l'opération. Mais comment apprécier ces données sans l'ouverture préalable?

Cette incertitude plaiderait en faveur de l'incision latérale droite, permettant après la simple constatation d'un néoplasme, de limiter l'opération immédiate à bouche cæcale temporaire.

La gravité de cette dernière n'est pas à comparer avec celle d'une laparotomie exécutée dans les conditions que j'ai spécifiées plus haut. Je suis intervenu quatre fois, dont trois fois avec succès depuis cinq ans, pour des occlusions de dix et douze jours. Je procède de la manière suivante : je me borne à fixer le cæcum au péritoine pariétal, repérant à l'aide de deux fils la petite surface de 1 à 2 centimètres carrés où je pratiquerai une ponction : celle-ci n'est faite que six heures, douze heures et, s'il est possible d'attendre, vingt-quatre heures après l'opération; les gaz sont d'abord expulsés, puis l'intestin reprend sa tonicité et lentement expulse son contenu liquide, sans ces débâcles immédiates qui vident l'intestin en quelques heures et s'accompagnent d'un collapsus non moins rapide. Après vingt-quatre heures j'élargis un peu l'orifice cæcal. Quinze à vingt jours après il est possible d'isoler à l'aide d'un pansement occlusif à l'adhésion la plaie

cæcale et de pratiquer une laparotomie médiane dans d'excellentes conditions.

La même conduite est vraisemblablement la plus sage, s'il s'agit d'une de ces obstructions incomplètes qui durent deux et trois semaines avec des alternatives d'expulsion de gaz et d'arrêt absolu sans que le ventre arrive jamais à un déballonnement réel.

Dans un cas particulier toutes ces distinctions deviennent illusoires, c'est lorsque le néoplasme occupe un sac herniaire; on opère pour une hernie étranglée, on découvre une tumeur, on est bien forcé d'aller jusqu'au bout, quitte à manquer de notions précises sur l'envahissement adénopathique voisin ou à distance. C'est la conduite qu'a suivie M. Imbert, et avec le plus heureux résultat.

Il me reste à analyser les trois observations dans lesquelles l'opération curative a été pratiquée pour ainsi dire à froid, en dehors d'une crise d'occlusion.

Sur ces trois observations, deux fois il s'agissait d'un cancer de l'angle colique droit (observations de M. Brin) et une fois d'un cancer du côlon iliaque (M. Imbert). Je relève comme particularité clinique intéressante, dans les deux observations de M. Brin, la très grande mobilité de la tumeur; on pouvait la faire descendre jusqu'à la crête iliaque ou la cacher sous les côtes, à tel point que, dans le second cas, le chirurgien avait un instant pensé à un rein mobile. Cette mobilité s'observait également dans le sens transversal, contrairement aux affirmations de quelques auteurs (1); elle manquait au contraire complètement dans la localisation iliaque du cancer (cas de M. Imbert). J'ai personnellement rencontré une mobilité extrême dans un cas de cancer du cæcum et relevé la fixité ordinaire des cancers du côlon iliaque, et je pense que si M. de Bovis a noté sur quinze cas de cancers de l'S iliaque six cas de cancers mobiles, c'est que la distinction du côlon iliaque d'avec l'anse ilio-pelvienne n'a pas été suffisamment précisée.

J'arrive au côté thérapeutique.

Quelle incision de la paroi abdominale est préférable, la médiane ou la latérale? Quel est, après résection de la tumeur, le meilleur mode de rétablissement de la circulation intestinale? Telles sont les deux questions que suscitent les observations et les réflexions de nos collègues.

Il me semble difficile, oiseux même, de vouloir établir des règles générales qui s'appliquent à toutes les localisations de cancer intestinal.

(1) De Bovis. *Revue de chirurgie*, 10 juillet 1900, p. 71.

Lorsque cette localisation est mal déterminée et que l'existence d'une virole cancéreuse est plutôt soupçonnée qu'établie, l'incision médiane est la règle, c'est la vraie incision d'exploration. Lorsque la tumeur est nettement perçue, nous nous déclarons pour l'incision latérale s'il s'agit du cæcum et surtout du côlon iliaque et de l'anse sigmoïde. Dans ces deux cas elle se prête mieux au drainage, et dans le dernier en particulier elle nous paraît d'autant plus indiquée que, ainsi que nous l'avons établi, M. Duval et moi, dans notre mémoire sur le cancer du côlon pelvien (1), la conduite à tenir vis-à-vis des deux bouts intestinaux est éminemment variable et ne saurait être à coup sûr déterminée avant l'ouverture du ventre et l'examen direct des parties : or, si l'incision latérale s'adapte à tous les modes de colorraphie mieux que l'autre, elle se prête à l'opération de Volkmann.

Dans les localisations du cancer au côlon transverse, voire aux angles coliques, si la mobilité de la tumeur fait prévoir qu'elle sera facilement amenée vers le milieu du ventre, la laparotomie médiane reprend tous ses avantages.

Le second point discutable, ai-je dit, est le mode de traitement des deux bouts. Ici encore, j'estime toute généralisation imprudente dans les cancers du cæcum, j'avoue mes préférences pour l'implantation termino-latérale à l'exemple de Billroth et de Senn ; j'ai, dans deux cas de résection iléo-cæcale, l'un pour cancer, l'autre pour tuberculose, fermé soigneusement l'extrémité du bout colique et, à une petite distance au-dessus, abouché latéralement la terminaison de l'iléon dans le côlon ascendant : mes deux malades ont guéri, et l'une d'elles, opérée pour un cancer de la valvule iléo-cæcale, que je présentai ici, il y aura bientôt deux ans, en présence de notre collègue Nimier, vit toujours.

En particulier, j'attache peu de valeur à cette objection qu'on crée ainsi un nouveau cæcum, car il faudrait démontrer que, quelques mois après l'opération, la rétraction cicatricielle ayant donné tous ses effets, le cul-de-sac est assez prononcé pour offrir un inconvénient quelconque. Cette technique a du reste donné des succès à Senn, Lawson, Bassini (2) et à bien d'autres.

Comme à Roux, elle nous paraît présenter cette supériorité d'éviter tout rétrécissement secondaire, tout en permettant de multiplier les points de suture.

Dans les cancers angulaires ou transverses, nous avons le choix entre l'anastomose latérale des deux anses sectionnées et préala-

(1) *Bulletins Société de chirurgie*, 1898. Cancer du côlon pelvien, par Quénu et Duval, p. 239.

(2 Observations dans Th. Baillet, P. 1874.

blement fermées et l'entérorraphie circulaire. M. Terrier considère l'entéro-anastomose latérale comme la méthode de choix (1); cependant c'est l'entérorraphie circulaire qui paraît avoir été le plus fréquemment mise en pratique ; elle peut n'être pas toujours facile.

Sur les 5 observations que j'ai lues, je compte 4 entérorraphies circulaires avec 3 guérisons et 1 mort et une anastomose latérale avec 1 mort. Dans la première série, le cas de mort (observation de M. Imbert) résulta d'une péritonite ; elle est attribuée par M. Imbert à l'impossibilité d'attirer la tumeur hors du ventre et à la souillure du péritoine pendant l'opération.

Dans la deuxième série, la mort fut nettement consécutive à un relâchement des sutures intestinales et à l'épanchement des matières fécales dans le ventre : je ne veux du reste tirer aucune conclusion de deux faits isolés.

En dernier lieu, la localisation du cancer au côlon pelvien prête à beaucoup de distinctions que j'ai déjà passées en revue devant notre Société il y a trois ans et sur lesquelles je n'ai pas à revenir.

M. Brin se demande si la localisation de cancer à l'angle colique droit ne comporte pas l'extirpation du cæcum et du côlon ascendant; on peut lui objecter qu'il n'est peut-être pas sans inconvénient d'ajouter une dénudation étendue à une opération déjà longue, malgré les ressources que peut nous offrir en pareil cas la péritonisation; enfin, M. Brin propose de compléter toute opération d'extirpation colique par une anastomose iléo-sigmoïde ajoutée à l'entérorraphie circulaire : l'opération qu'il conseille revient à l'exclusion fonctionnelle de tout le gros intestin, et à l'adoption comme méthode de choix de l'abouchement iléo-sigmoïde pour tous les cancers sus-pelviens, la colorraphie circulaire n'intervenant que pour permettre au bout exclu d'évacuer ses produits de sécrétion. Nous sommes personnellement partisan de l'anastomose termino-latérale iléo-sigmoïde que nous avons mise en pratique à titre d'opération palliative. Faut-il en généraliser les indications en les étendant aux opérations curatives, ainsi que l'a fait M. Brin, et pour les raisons que j'ai énumérées à propos de ses conclusions? Il y a peut-être là une idée heureuse, mais elle n'a pas jusqu'ici pour elle la consécration des faits; en tous cas si je la mettais en pratique, je préférerais, même au prix d'une moindre vitesse opératoire, les sutures au bouton de Murphy.

(1) Terrier et Baudouin. La suture intestinale, p. 1878.

Plaie de l'artère axillaire droite. Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule. Retour de l'hémorragie. Ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie. Guérison. Malade présenté par M. MORESTIN, dans la séance du 9 janvier 1901.

Rapport par M. DEMOULIN.

Messieurs, vous avez bien voulu me charger d'un rapport sur un malade présenté par notre collègue des hôpitaux, M. Morestin, dans la séance du 9 janvier 1901.

Permettez-moi de solliciter votre bienveillante attention, pendant quelques instants, car le cas qui nous a été soumis est fort intéressant. Il s'agit d'une plaie de l'artère axillaire droite, par instrument à la fois piquant et tranchant, plaie suivie d'une grave hémorragie qui ne fut arrêtée que temporairement, d'abord par le tamponnement, puis (c'est là le fait intéressant) par la ligature de l'artère sous la clavicule, hémorragie qui ne céda définitivement qu'à la *ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie.*

Voici l'observation de M. Morestin :

Eugène D..., garçon laitier, âgé de vingt-deux ans, est marié à une cartonnière. Les cartonnières se servent couramment d'un outil destiné au découpage et désigné sous le nom de *pointe*. C'est une tige d'acier, longue de 25 à 30 centimètres, large d'un centimètre, et très mince, terminée par une extrémité effilée, dont les bords sont tranchants. A l'épaisseur près, ce bout rappelle la configuration des lancettes à saignée. Or, le 12 septembre 1900, D..., accompagnant sa femme qui revenait de l'atelier, voulut, obligeamment, se charger de cette *pointe*, la mit dans la poche intérieure de sa blouse, du côté droit, et, au bout d'un instant, n'y pensa plus. S'étant baissé brusquement, pour ramasser quelque chose, il éprouva soudain une vive douleur dans l'aisselle, en même temps qu'il voyait le sang couler abondamment par sa manche. La tige d'acier, appuyée contre la cuisse et repoussée par elle, avait, de son bout aiguisé, traversé la blouse, puis la partie la plus élevée de la manche, et s'était profondément enfoncée dans l'aisselle. Le sang coulait avec une abondance extrême, et D... n'eut que le temps de se précipiter dans une pharmacie, où il eut une syncope qui le sauva momentanément.

La compression fut établie sur-le-champ, à l'aide de tampons, de compresses et d'ouate, et D... put être transporté à l'hôpital Saint-Louis. Il avait encore perdu du sang pendant le trajet, et ce sang formait une large flaque sur le plancher de la voiture d'ambulance. Cependant, le transport s'était fait très rapidement, et l'assistance avait été presque immédiate, puisque, blessé à 6 h. 5, D... était arrivé vers 6 h. 35 dans le service de M. Richelot (Isolement, n° 2). Cette grande

perte de sang le mettait en péril de mort prochaine. Il était d'une pâleur excessive, le visage couvert d'une sueur froide, parlant à peine. On remarqua, immédiatement, que le pouls radial n'était pas perceptible du côté droit, alors qu'on le sentait battre, faiblement, mais régulièrement, à gauche.

Soupçonnant avec raison une plaie de l'artère axillaire, l'interne de garde fit donner au blessé quelques bouffées de chloroforme, enleva le pansement complètement traversé par le sang et débrida la plaie qui occupait la base de l'aisselle, dans l'intention de faire l'hémostase directe. Il n'y put réussir. Après avoir inutilement placé plusieurs pinces sur le point d'où il croyait voir partir le jet artériel, aveuglé par le sang, et fort inquiet de son malade, il se décida à faire la *ligature de l'axillaire sous la clavicule*, après avoir bourré la plaie de gaze, qu'un aide maintint par une compression énergique, pendant les quelques minutes que nécessita la mise à nu de l'artère et le passage du fil. Celui-ci une fois serré, l'hémorragie s'arrêta immédiatement. La ligature avait été faite selon le procédé de M. Duval, décrit par Farabeuf, enseigné à l'École pratique et à Clamart. La plaie sous-claviculaire fut complètement réunie, l'autre simplement tamponnée. Une injection de sérum de 1.500 grammes fut faite dans la veine basilique gauche.

Le lendemain, 13 septembre, je trouvai le blessé faible et très pâle, mais calme. Il avait passé une nuit tranquille, et la température était normale. A gauche, le pouls radial était régulier, assez bien frappé. A droite, on ne percevait pas les pulsations de la radiale; au niveau de la main et de l'avant-bras, qui sortaient du pansement, la température paraissait, au toucher, manifestement inférieure à celle du côté opposé. Le malade éprouvait une sensation d'engourdissement, mais pouvait exécuter les mouvements des doigts et de la main. La sensibilité était conservée. Discutant alors, avec les internes, sur la conduite qu'il fallait tenir en pareil cas, je leur rappelai combien il était nécessaire de lier l'artère dans le voisinage immédiat de sa solution de continuité, d'en ligaturer les deux bouts. Comme corollaire, j'émis des craintes sérieuses au sujet de l'hémostase définitive, le fil placé à distance n'apportant qu'une sécurité temporaire et illusoire. L'événement devait me donner trop rapidement raison.

En effet, une heure après, étant en train d'opérer, on m'apprend que le blessé saigne, que son pansement est traversé, que le sang coule abondamment dans son lit. Un effort de vomissement avait provoqué le retour de l'hémorragie. Je fis immédiatement transporter le malade à la salle d'opérations, un élève comprimant de son mieux, à travers le pansement, et je laissai, pour m'en occuper sans retard, l'autoplastie de la face que j'avais commencée. La situation était bien grave d'ailleurs, immédiatement grave, pour cet homme qui avait tant saigné depuis la veille. Il était si pâle qu'il ressemblait moins à un vivant qu'à un mort, et, très certainement, il aurait succombé, si l'intervention avait été différée de quelques minutes. Celle-ci fut pratiquée sans anesthésie. Le pansement rapidement coupé, j'enlevai les compresses de gaze qui masquaient la plaie, les mèches qui y avaient été introduites, et rem-

plaçai ces dernières par une compresse qui, enfoncée sous la paroi interne de l'aisselle, me permit, en modérant l'écoulement sanguin, de m'orienter et procéder méthodiquement. Le débridement pratiqué la veille était très insuffisant; la plaie primitive n'était plus reconnaissable, la plaie modifiée par ce débridement était longue, à peu près, de 7 ou 8 centimètres. Toute la région axillaire était distendue, gonflée, la paroi antérieure bombée. Il était visible que le sang avait rempli le creux de l'aisselle. J'agrandis très notablement la plaie, en dedans, transversalement, en suivant le bord inférieur du grand pectoral, ouvris largement l'aisselle, et enlevai une grosse masse de caillots.

Un jet de sang considérable m'indiqua le siège de la plaie artérielle, contre la paroi thoracique.

J'y appliquai le doigt et le sang cessa de couler, presque complètement tout au moins. Tout cela avait duré beaucoup moins de temps qu'il n'en faut pour le raconter.

L'index gauche restant en place, je posai un large écarteur antérieur, soulevant le grand pectoral, épongeai soigneusement, reconnus le coraco-brachial, puis le paquet vasculo-nerveux. Le nerf médian, libéré, fut récliné, soulevé également par l'écarteur. Je pus alors isoler l'artère et reconnaître la plaie. Celle-ci était en situation basse, mais relativement étendue, l'artère ayant été coupée obliquement. Je plaçai des pinces au-dessus et au-dessous de la solution de continuité. Mais quand je retirai mon doigt, il vint encore du sang. C'est que *le tronc commun des circonflexes se détachait de l'axillaire à la partie inférieure de la plaie. Je dus lier séparément ce tronc artériel*; puis, je remplaçai mes deux pinces par des ligatures. Je nettoyai alors complètement l'aisselle des caillots qui la remplissaient. La plaie artérielle, dont on pouvait maintenant apprécier tous les détails, était longue à peu près de 15 millimètres, et intéressait, par une section très oblique, la moitié du calibre de l'artère. Sa partie tout inférieure répondait à la naissance du tronc commun des circonflexes. Un certain nombre de pinces placées la veille avaient mordu et mâché les bords de cette plaie, mais sans pouvoir l'oblitérer, en raison de son étendue et de sa disposition. Les troncs nerveux du voisinage n'avaient subi aucune atteinte. Cependant, quelque chose saignait encore derrière mon écarteur; c'était une veine qui avait dû être blessée en même temps que l'artère; elle l'était longitudinalement, et en regard de la plaie qui avait divisé l'artère. Il me parut que ce devait être le canal collatéral, qui ramène le sang des circonflexes. Cette dernière ligature placée, la plaie cutanée fut refermée, mais un drain me parut nécessaire. Une injection de sérum de 1.500 grammes fut encore pratiquée, cette fois dans une saphène.

J'étais loin d'être complètement rassuré sur l'avenir du membre et même sur le sort du blessé. Celui-ci, heureusement, était jeune et robuste. Il se laissa graduellement remonter et, dès le lendemain, nous pouvions déjà prévoir que les choses finiraient bien.

Il avait passé une nuit assez tranquille et commençait à être moins tourmenté par la soif, la température était normale. Après un refroidissement de quelques heures, l'avant-bras et la main s'étaient peu à

peu réchauffés. Le drain fut enlevé le 15 septembre, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures; les fils furent coupés le huitième jour.

Enfin, le blessé put quitter l'hôpital bien guéri au point de vue de la plaie, le 1[er] octobre. La restauration fonctionnelle fut plus lente. Pendant quelques semaines, le membre atteint est demeuré plus faible, engourdi et comme paresseux. Il a subi une légère atrophie générale. En outre, il devint manifeste qu'il existait une parésie des muscles innervés par le médian. Elle était imputable soit à quelque froissement subi au moment de la ligature sous la clavicule, soit, plus vraisemblablement, à un certain degré d'élongation du nerf, au moment où il avait été soulevé par l'écarteur, car il ne semblait avoir reçu aucune atteinte du fait de la blessure.

Comme il s'agissait d'un trouble peu accentué de la motilité, que tous les mouvements étaient conservés, ayant simplement perdu, dans une certaine mesure, de leur force et de leur amplitude, le pronostic n'était aucunement défavorable. Le malade fut soumis au massage et à la faradisation, mais d'une façon très irrégulière, car il s'y prêtait mal, et revenait se montrer seulement de temps à autre. Le traitement consécutif fut donc à peu près nul. Mais le résultat n'en fut pas compromis. Au bout d'un mois et demi, dans les premiers jours de novembre, il recommença à travailler; seulement il a adopté temporairement la profession de cocher de fiacre, ce métier lui paraissant plus doux.

Il jouit maintenant de tous les mouvements, même les plus étendus, et se sert également bien de ses deux membres supérieurs. La cicatrice axillaire ne le gêne en aucune façon, et l'abduction s'exerce aussi librement, aussi normalement que possible. Cependant le bras et l'avant-bras, quoique très vigoureux, n'ont pas recouvré encore la force d'autrefois. Tels qu'ils sont, ils dépassent, comme volume et comme puissance, la moyenne dont se contentent la plupart des artisans, mais notre homme est exceptionnellement musclé. Autre chose : ce membre est plus sensible au froid, et D..., pour tenir les guides, met de ce côté un gant de laine, alors que la main gauche reste nue. Quand elle reste exposée au froid, la droite devient violacée. En pressant du bout de l'index sur cette peau violacée, on produit une tache blanche, qui met plusieurs secondes à s'effacer complètement. Le pouls radial n'a pas reparu. Il existe donc encore quelques légers troubles de la vascularisation, mais comme ils sont de moins en moins accentués, il est infiniment probable qu'ils disparaîtront, tôt ou tard, d'une manière complète. Le creux sous-claviculaire paraît beaucoup plus large qu'à l'ordinaire, ce qui tient à ce que les faisceaux du grand pectoral, désinsérés de la clavicule, lors de la ligature de l'axillaire sous cet os, n'ont pas repris leur insertion et qu'il reste un vide entre le bord inférieur de l'os et le corps charnu du grand pectoral.

Vous avez vu, Messieurs, le malade de M. Morestin, et constaté, par vous-mêmes, que le résultat obtenu est excellent. Je pense qu'on ne pouvait demander mieux.

Je ne reviendrai pas sur le mécanisme, très suffisamment exposé

dans le cours de l'observation. Laissez-moi seulement vous remettre sous les yeux l'instrument vulnérant. On a pu retrouver, sur la blouse que portait le blessé, les perforations établissant le trajet suivi par la pointe, et reconstituer d'une manière exacte l'enchaînement des faits. Vous remarquerez que *la blessure siégeait à la base de l'aisselle*, alors que, dans la très grande majorité des cas, l'instrument vulnérant pénètre dans le creux de l'aisselle en traversant une de ses parois, et presque toujours l'antérieure.

Si je ne me trompe, l'histoire de ce malade est, à la fois, un exemple de la mauvaise et de la bonne pratique à suivre, dans les plaies de l'artère axillaire ; la mauvaise, c'est la ligature à distance, la bonne, la ligature dans la plaie des deux bouts du vaisseau blessé.

Le regretté professeur Le Fort, vous vous en souvenez, Messieurs, pensait qu'il fallait, dans les plaies de l'artère axillaire, donner la préférence, pour se mettre à l'abri de l'hémorragie, à la ligature de l'artère sous-clavière (1).

La Société de chirurgie se trouva fort divisée quand, il y a vingt-cinq ans (2), MM. Terrier et Panas vinrent apporter leurs observations de plaies de l'artère axillaire. La ligature à distance, la ligature de la sous-clavière, était en somme la pratique conseillée par les classiques, quand Ch. Nélaton, en 1888, vous lut son remarquable mémoire, dont les conclusions étaient les suivantes :

« Je pense donc que la ligature de la sous-clavière, par la méthode d'Anel, que l'on trouve encore dans les classiques, comme la règle du traitement des plaies de l'axillaire, ne doit pas aujourd'hui être considérée comme telle, et que là, comme partout ailleurs, la ligature des deux bouts dans la plaie reste et restera la méthode de choix, parce qu'elle permet :

1° De lier sûrement le vaisseau atteint, au point blessé ;

2° D'éviter, aussi sûrement que possible, les hémorragies secondaires ;

3° De placer le membre supérieur dans les conditions les plus favorables au rétablissement de la circulation collatérale ;

4° D'explorer, en même temps que l'artère, les cordons nerveux axillaires, et de pratiquer leur avivement et leur suture, si besoin est. »

M. Nélaton montrait encore, dans son mémoire, que le débridement de la paroi antérieure de l'aisselle, s'il était nécessaire pour atteindre le vaisseau blessé, pouvait être pratiqué sans inconvé-

(1) *Dict. encyclop. des Sciences médicales*, t. VII, p. 641.
(2) *Bull. Soc. chir.*, 1875, p. 717, et 1876, p. 140.

nients, et insistait sur ce point, que la ligature temporaire de la sous-clavière, ou mieux son simple soulèvement à l'aide d'un fil passé sous elle, en tant que manœuvre adjuvante de la ligature de l'artère axillaire dans la plaie, était une précieuse ressource pour laisser au chirurgien toute facilité d'agir sur le vaisseau divisé, sans qu'il soit aveuglé par le sang.

Les conclusions de ce travail répondaient trop bien aux données générales de la chirurgie actuelle pour ne pas être acceptées. Elles étaient, d'ailleurs, en rapport avec des traditions déjà anciennes au sujet des plaies artérielles et, comme le rappelait le professeur Tillaux, à propos du mémoire que je viens de citer, c'était la doctrine de Nélaton le père. Il nous faut pourtant reconnaître, tout d'abord, qu'elle n'est pas encore assez répandue, puisque, dans le cas particulier, elle n'a pas trouvé son application. L'interne, d'ailleurs très distingué, qui s'est occupé du malade, a lié délibérément l'axillaire sous la clavicule, après une tentative inutile pour aveugler la plaie artérielle. Or, la ligature temporaire eût été préférable. Le fil placé, l'hémostase directe et définitive devenait facile, après quoi, son rôle terminé, on pouvait le retirer. Mettre à nu la sous-clavière eût été meilleur encore, à supposer que la compression de cette artère ne pût être faite efficacement, soit faute d'un aide exercé, soit à cause de l'attitude donnée au bras, pour opérer dans l'aisselle.

Mais il se trouve que la ligature dans la plaie, au point blessé, a encore des opposants et même irréductibles. S'il en était autrement, j'aurais plus succinctement analysé l'observation de M. Morestin. Le travail de M. Nélaton est, vous vous le rappelez, Messieurs, de l'année 1888; or, en 1897, M. Derocque, interne de M. Richelot, publiait au mois d'octobre, dans la *Gazette des hôpitaux*, une observation intitulée : *Rupture traumatique de l'artère axillaire, ligature des deux bouts dans la plaie* (après soulèvement temporaire de l'artère sous-clavière, par un fil). *Sphacèle consécutif du membre. Désarticulation de l'épaule. Guérison.* Malgré l'insuccès de la ligature des deux bouts de l'artère axillaire dans la plaie, M. Derocque, tenant compte de l'attrition considérable de la paroi antérieure de l'aisselle, qu'il avait coupée (moins le petit pectoral) pour aller à la recherche du vaisseau blessé, attribuant en partie à la violence du traumatisme de l'épaule la gangrène consécutive, M. Derocque, dis-je, reste fidèle à la ligature des deux bouts, mais il termine son mémoire par les conclusions suivantes, troublantes, comme le dit M. Morestin :

« Le pronostic des ruptures de l'axillaire varie selon le siège de la lésion. A ce point de vue, on peut diviser le trajet du vaisseau en deux zones. La première s'étend de la clavicule jusqu'à quelques

millimètres *au-dessus* de l'origine de la scapulaire inférieure. Toute lésion de l'artère, dans cette zone, est relativement bénigne. On peut lier les deux bouts de l'artère divisée et la circulation collatérale se rétablit, avec une facilité relative, par les anastomoses péri-scapulaires et thoraciques, si la lésion existe à la partie tout à fait supérieure du vaisseau.

« La deuxième zone, *dangereuse*, située *au-dessous* de l'origine de la scapulaire inférieure.

« Tout arrêt de circulation dans cette zone sera presque fatalement suivi de gangrène du membre supérieur, étant donnée l'absence à peu près absolue d'anastomose entre le système artériel, situé au-dessus de la lésion, et le système artériel sous-jacent. »

M. Soupart, de Bruxelles, à propos de cette observation, reprit la question devant l'Académie de médecine de Belgique (séance du 7 janvier 1897). Il adopte, sans restriction, les conclusions de M. Derocque, repousse la ligature de l'artère axillaire comme une détestable opération pour toutes les lésions de ce vaisseau, la ligature de la sous-clavière lui paraissant la seule intervention raisonnable et logique. Lier l'axillaire est un acte téméraire, exposant aux hémorragies et à la gangrène.

« Ces succès obtenus par la ligature, dans l'espace compris entre la scapulaire inférieure et l'humérale profonde à leur origine, sont dus et ne peuvent être attribués qu'à l'existence de l'anomalie, assez fréquente, de la division du tronc axillaire en deux branches, constituant prématurément les artères radiale et cubitale, disposition anatomique qui peut être reconnue, ou au moins préjugée, par la persistance du pouls radial.

« Dans l'incertitude de cette bifurcation et du lieu précis de la lésion, le chirurgien ne peut se hasarder à lier l'artère au point indiqué, car ce serait exposer, témérairement, le membre thoracique à la gangrène.

« En tout état de cause, dans les lésions de l'artère axillaire, il est moins dangereux et plus avantageux de lier la sous-clavière dans la fosse sus-claviculaire, en s'aidant, au besoin, de la compression sur le point lésé, que de lier l'axillaire elle-même. »

J'ai tenu à rappeler ici quelques-unes des conclusions de M. Soupart pour bien mettre les choses au point. Mais celle sur laquelle je veux insister, surtout, et qui lui est commune avec M. Derocque, c'est le danger absolu de la ligature de l'artère, entre l'origine de la scapulaire inférieure et celle de l'humérale profonde. Eh bien! l'observation de notre collègue Morestin vient infirmer cette opinion. Dans cette observation, le siège de la plaie a été déterminé de la façon la plus exacte; elle répondait à la zone

dangereuse de MM. Derocque et Soupart, à la partie tout inférieure de l'artère axillaire, puisque, entre les deux bouts de la plaie artérielle, longue de 15 millimètres, après l'application de pinces hémostatiques à ses deux extrémités, se trouvait une volumineuse collatérale, ramenant le sang avec abondance, collatérale que M. Morestin reconnut comme le tronc commun des artères circonflexes, tronc qui naît *au-dessous* de l'artère scapulaire inférieure.

Voilà un fait bien observé en désaccord avec les idées théoriques de MM. Derocque et Soupart.

Il nous semble d'ailleurs, comme à Morestin, qu'il serait grand temps de renoncer à juger ces questions après des expériences aussi grossières que celles qui consistent à injecter dans les artères des masses épaisses et facilement solidifiables. Le sang, lancé par l'impulsion cardiaque, dans des vaisseaux intacts, est, comme le dit Morestin, une masse autrement fluide.

C'est ce qui explique que la circulation se soit rétablie en somme facilement, malgré la triple ligature, portant sur des étages différents du tronc artériel, et si défavorablement placée que les voies de retour les plus importantes, la scapulaire inférieure et le tronc commun des circonflexes, semblaient devoir être inutilisées. Il est vrai qu'il s'agissait d'un homme sain et tout jeune (vingt-deux ans), d'une plaie par section nette, et non d'une de ces ruptures par élongation qui s'accompagnent de désordres plus étendus, tant dans l'épaisseur des tuniques artérielles que dans les tissus du voisinage. Certainement, il y aurait une distinction à faire entre ces cas si différents.

Il me reste encore à examiner un dernier point que soulève notre collègue, c'est l'opportunité, en pareil cas, de la suture artérielle. Il est certain qu'une plaie nette, par instrument tranchant, se prêterait bien à un essai de ce genre. C'est une question en ce moment à l'étude, et vous avez sûrement encore présentes à l'esprit les tentatives récentes de nos distingués collègues Gérard Marchant et Ricard. Il serait prématuré d'avoir là-dessus une opinion ferme; les documents cliniques valables sont trop peu nombreux. Si les résultats éloignés étaient satisfaisants, si ces artères recousues n'ont point de tendance à s'ectasier, il est évident que, dans la pratique, la suture artérielle constituera éventuellement une bonne ressource.

Mais cette suture ne pouvait être tentée ici, car l'artère était coupée obliquement, sur une étendue de 15 millimètres, en regard d'une grosse collatérale, et les bords de la plaie avaient été tourmentés par l'application infructueuse de pinces, lors de la première tentative faite pour arrêter l'hémorragie.

Je terminerai en disant que les conclusions posées en 1888 par Ch. Nélaton et que j'ai rappelées précédemment, pour le traitement des plaies de l'artère axillaire, doivent être maintenues; que l'observation clinique que je viens de rapporter a une autre importance que les injections cadavériques, au sujet du rétablissement de la circulation ; que cette observation infirme l'opinion de MM. Derocque et Soupart, à savoir que la partie inférieure de l'artère axillaire, celle qui se trouve *au-dessous* de l'origine de l'artère scapulaire inférieure, serait un territoire sur lequel on ne devrait pas jeter de ligature, sous peine de sphacèle du membre supérieur.

En un mot, quel que soit le point de l'artère axillaire blessé, la ligature des deux bouts du vaisseau divisé dans la plaie reste le procédé de choix.

Messieurs, je vous propose de déposer honorablement dans nos archives la très intéressante observation de M. Morestin, et vous vous en souviendrez, j'en suis sûr, quand notre collègue se présentera à vos suffrages pour une place de membre titulaire.

M. Nélaton. — C'est Dupuytren qui a institué la pratique de la ligature des deux bouts du vaisseau divisé dans la plaie. Je crois qu'aujourd'hui, avec les moyens dont nous disposons, cette loi donnée par Dupuytren ne comporte plus d'exception.

La zone de l'artère axillaire qui paraît dépourvue de circulation collatérale ne l'est pas en réalité. Il suffit de faire une injection fine pour s'en convaincre.

M. Demoulin. — Je remercie M. Nélaton de ne vous avoir dit que quand, sur un cadavre, après avoir lié l'artère axillaire, en un point quelconque de son trajet, on fait des injections avec de la gélatine, on est vite convaincu que la circulation se rétablit, toujours facilement, par les collatérales. Je ferai simplement remarquer que le résultat des expériences faites par MM. Farabeuf et Nélaton n'a pas été publié.

Je regrette d'avoir fait violence à la modestie de M. Nélaton, en affirmant qu'il a proposé en 1888, comme une méthode nouvelle du traitement des plaies de l'axillaire, la ligature des deux bouts du vaisseau divisé dans la plaie. J'ai pris soin de dire, dans mon rapport, que c'était là un très vieux précepte; il n'en est pas moins vrai que M. Nélaton l'a, avec raison, énergiquement soutenu en 1888, puisque c'est là l'objet de son travail, et qu'à

cette époque certains de nos maîtres préconisaient encore la ligature de l'artère sous-clavière comme la méthode de choix dans les plaies de l'artère axillaire.

Rapport sur une observation communiquée par M. le Dr Walch (du Havre) et intitulée : *Hémorragie intestinale grave à la suite d'une opération d'appendicite à froid.*

Rapport par M. BERGER.

L'apparition d'hémorragies gastriques ou intestinales graves au cours de l'appendicite présente un intérêt d'actualité dû à la récente communication dans laquelle M. Dieulafoy a appelé sur cette complication, sur ses caractères, ses causes, son pronostic particulièrement sombre, l'attention de l'Académie de médecine. Le fait que vous a signalé M. Walch, et qui est un exemple, assurément très rare, d'un accident de cet ordre survenu à la suite de l'opération de résection à froid de l'appendicite, mérite donc d'arrêter quelques instants notre discussion, et cela d'autant plus qu'il s'est présenté dans des conditions très différentes de celles où l'on voit le plus souvent ces hémorragies se produire.

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années qui, dix-sept ans auparavant, paraît avoir déjà subi une atteinte de typhlite ou de pérityphlite, diagnostic posé à cette époque. Depuis lors, adonné à des habitudes d'intempérance dont il avait réussi à se débarrasser, il n'avait présenté d'autres troubles de santé que des accidents se rattachant à une suppuration chronique du sinus maxillaire.

En janvier 1900, il fut pris d'une attaque d'appendicite sérieuse caractérisée par une température élevée, la douleur au lieu d'élection, l'apparition d'une tuméfaction dans la région appendiculaire. Le sixième jour, alors que l'état local semblait s'amender, se produisit une complication de pleurésie qui, au bout d'une huitaine de jours, était en résolution; quinze jours après, le malade pouvait partir pour achever à Nice sa convalescence. Quand il en revint, il conservait des tiraillements et des douleurs dans le côté droit du ventre, où l'on pouvait sentir une induration du volume d'une noix environ; le malade se plaignait en outre d'une constipation invincible.

La résection de l'appendice à froid fut résolue et pratiquée par M. Walch le 11 avril, trois mois après la crise d'appendicite aiguë. La tumeur était constituée par une masse d'épiploon induré

et adhérent au cæcum; la libération et la résection de cette masse épiploïque ne se firent pas sans difficulté et sans qu'il se produisît quelques lésions superficielles et n'atteignant que la séreuse au niveau du cæcum. L'appendice était réduit à un moignon de peu d'importance; il fut réséqué au-dessous d'une ligature jetée sur sa base; le moignon résultant de la résection ne fut pas enfoui sous une suture séro-séreuse. Un tamponnement-drainage fut établi avec quelques mèches de gaze au salol.

Les premiers jours se passèrent sans incident; le tamponnement fut enlevé le troisième jour; mais, à partir de ce moment, on nota une recrudescence de la sinusite, causée peut-être par l'action du chloroforme; de la fièvre survint, et on vit apparaître un point pleurétique à droite.

Six jours après l'opération, le malade se plaignit soudain d'un malaise indéfinissable, suivi d'un besoin impérieux et subit d'aller à la selle, et en quelques instants il évacua une masse de sang que les personnes présentes évaluèrent à 3 litres; des nausées, des vomissements colorés par le sang, de la valeur de 3 ou 400 grammes, se produisirent en même temps. Cet accès fut suivi d'une grande faiblesse, de sueurs froides, la face devint d'une pâleur cireuse, mais il ne se produisit pas de syncope. Le malade, au contraire, accusa bientôt une sensation de mieux-être et de soulagement, quoique la respiration parût anxieuse et que le pouls demeurât petit et fréquent (à 130 environ).

Des injections sous-cutanées de sérum furent pratiquées aussitôt et continuées les jours suivants; mais l'accident ne se reproduisit plus et l'état général se releva assez rapidement. Les premières évacuations alvines renfermèrent encore du sang ancien mélangé aux matières, mais la convalescence suivit une marche régulière et le malade se rétablit dans les limites de temps à peu près normales.

La différence essentielle à établir entre ce fait et ceux qu'ont signalés à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux MM. Guyot et Carles et M. de Boucaud, ceux qui depuis lors ont été observés par M. Kirmisson, ceux que MM. Delbet et Broca ont rapportés ici même, enfin ceux sur lesquels porte le rapport de M. Dieulafoy à l'Académie de médecine, est d'abord que, dans tous ceux-ci, il s'agissait de gastrorragies dont l'hématémèse était le symptôme dominant, tandis que c'est à une hémorragie intestinale qu'a eu affaire M. Walch, et à une hémorragie ayant sa source très probablement au niveau du cæcum, ainsi que l'ont prouvé non seulement la coloration rouge du sang évacué, mais l'instantanéité des évacuations sanguines, coïncidant avec les signes rationnels de l'hémorragie interne, les précédant presque.

Les vomissements qui se sont produits peu après n'étaient que sanguinolents et ils ont été peu importants; on ne peut donc guère les rapporter à une hémorragie gastrique véritable. Il semble que l'hémorragie se soit faite brusquement, sans prodromes, qu'elle se soit produite en masse et qu'elle se soit arrêtée presque aussitôt, car les phénomènes de malaise et d'angoisse qui avaient précédé les évacuations sanglantes ont cessé aussitôt après elles, pour faire place, malgré la faiblesse, à un sentiment de bien-être et de soulagement.

Ce n'est guère qu'une hémorragie se faisant par un vaisseau artériel ouvert dans une plaie ou dans une ulcération qui peut présenter ces caractères d'apparition et d'arrêt presque instantanés. Aussi sommes-nous peu disposés à accepter l'hypothèse de M. Walch, qui place la cause des accidents dans un état congestif de la muqueuse intestinale dépendant des phénomènes vasculaires réflexes produits par les lésions inflammatoires de l'épiploon et par l'acte chirurgical qui avait porté sur cet organe. Il nous semble en effet difficile d'admettre qu'une congestion reconnaissant pour cause une inflammation aussi ancienne et une intervention chirurgicale remontant déjà à plusieurs jours, ait pu se juger par un accident subit et unique à partir duquel elle ait disparu sans donner lieu à aucun phénomène de même ordre.

On ne peut guère admettre ici la théorie ingénieuse de l'intoxication qu'a invoquée M. Dieulafoy, pour expliquer l'apparition des hémorragies gastriques dans les appendicites aiguës et dans d'autres processus intestinaux analogues.

Le vase clos d'où M. Dieulafoy fait partir l'intoxication n'existait pas dans le cas de M. Walch. Je sais bien, et sur ce point je ne partage pas complètement l'avis de celui-ci, lorsqu'il se refuse à admettre que l'hémorragie en question reconnut une cause septique, je sais bien que son opéré avait, depuis deux jours au moins, une recrudescence de sa sinusite du maxillaire et un léger retour de pleurésie; qu'est-ce que ces accidents, sinon des accidents septiques modérés, indépendants peut-être jusqu'à un certain point de l'opération, mais cependant aggravés par elle? et il ne me semble nullement extraordinaire que cet état septique, si peu grave qu'il ait pu passer presque inaperçu, ait pu favoriser sinon causer à lui seul l'hémorragie.

Celle-ci pourrait être rapportée, s'il s'agissait d'une appendicite aiguë, à une de ces lésions cæcales qui coïncident si fréquemment avec les lésions appendiculaires, à une ulcération de la muqueuse du cæcum, ayant ouvert un vaisseau d'un certain calibre. Mais pourrait-on admettre qu'une ulcération de cette espèce ait pu persister depuis la première poussée d'appendicite pour se révéler

trois mois après par une hémorragie? La chose, pour ne pas être impossible, me semble peu vraisemblable; d'ailleurs, les hémorragies dépendant d'ulcérations intestinales ou gastriques spontanées s'arrêtent bien rarement de la sorte, et se bornent plus rarement encore à un seul accident; leur répétition est malheureusement un de leurs caractères les plus graves et les plus constants.

La cause de l'hémorragie, ici, me semble plus simple et plus facile à trouver : il me paraît probable que la section du moignon appendiculaire par la ligature portée sur son origine, a ouvert, du côté de la cavité intestinale, une petite brèche avant que le travail d'hémostase définitive portant sur les vaisseaux étreints par le fil ait été complet, et que la conséquence de cette section prématurée par la ligature a été une hémorragie venant d'un vaisseau insuffisamment oblitéré. Cette interprétation serait bien en rapport avec la date de l'hémorragie, avec son abondance et surtout avec son arrêt spontané et la terminaison heureuse. Il s'agit, nous le croyons, dans ce cas, d'une hémorragie secondaire due à la chute d'une ligature, hémorragie qui s'est faite du côté de l'intestin par lequel la ligature a dû être éliminée, qui a été favorisée peut-être par un état d'infection latente due à la sinusite dont l'opéré était porteur et qui s'est arrêtée comme s'arrêtent heureuseusement la plupart des écoulements sanguins qui reconnaissent la chute prématurée d'un fil placé sur un vaisseau de petit calibre, lorsque la section produite par la ligature se fait à la surface d'une plaie suppurante et sous l'influence de la suppuration elle-même.

Quelle que soit du reste l'interprétation qu'on lui donne, le cas que vous a communiqué M. Walch est très intéressant et mérite d'être conservé dans nos souvenirs comme un fait très rare. Espérons, s'il s'en produit d'autres semblables, qu'ils auront la même heureuse issue que celui dont je viens de vous rendre compte.

M. Ricard. — J'ai été appelé en province auprès d'une dame atteinte d'appendicite. Je trouvai un appendice érectile et le cæcum absolument congestionné, violacé. Il n'existait aucune adhérence péritonéale, ni aucun exsudat. Je réséquai l'appendice et drainai. Au bout de quinze jours, cette femme fut prise de gastrorragies, qui se répétèrent plusieurs fois. Comment les expliquer? On ne peut pas invoquer de phénomènes septiques, qui avaient cessé après l'intervention.

Cette malade a guéri.

M. Berger. — Il est assez fréquent de trouver dans les appen-

dicites à chaud ou même à froid des cæcums très malades; mais je n'ai jamais vu dans ces cas d'hémorragies.

Je conviens que la pathogénie de ces faits est difficile à expliquer.

Plaie de l'avant-bras par coupure : ouverture de l'artère cubitale, section des tendons épitrochléens et division du nerf cubital. Débridement de la plaie; ligature des deux bouts de l'artère; suture nerveuse directe, ténorraphies. Guérison avec rétablissement complet des fonctions, par M. le Dr Georges CARLIER, médecin-chef de l'hôpital militaire de Mostaganem.

Plaie de la branche postérieure du radial dans l'épaisseur du court supinateur. Suture, guérison, par M. le Dr MORESTIN, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. LEJARS.

Je désirerais commenter devant vous, dans un rapport commun, deux observations de sections et sutures nerveuses, qui nous ont été communiquées, l'une par notre collègue des hôpitaux, M. Morestin, l'autre par notre collègue de l'armée, M. Georges Carlier, médecin-chef de l'hôpital militaire de Mostaganem.

La section portait sur le nerf cubital, dans le cas de M. Carlier, elle était toute récente; il s'agissait de la branche postérieure du radial, chez le blessé de M. Morestin, et le traumatisme remontait à un mois; dans les deux cas, la suture nerveuse fut suivie, au bout de plusieurs mois, d'une restauration fonctionnelle complète. Sous cette forme résumée, ces deux faits, également heureux, ne semblent prêter à aucune remarque particulière; à l'analyse, ils sont fort intéressants et nous permettront de rappeler quelques points de cette importante question de la suture nerveuse, qui reste toujours d'actualité.

L'Arabe de M. Carlier était tombé dans une devanture de verre dont les éclats lui avaient profondément entaillé l'avant-bras droit; la plaie, transversale, siégeait à peu près à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de l'avant-bras, dont elle occupait un peu plus de la demi-circonférence; les lésions étaient multiples, et la plaie avait intéressé l'artère cubitale, le tendon du cubital antérieur, les trois tendons internes du fléchisseur commun superficiel, enfin le nerf cubital.

Je laisse de côté les sections artérielles et tendineuses, que M. Carlier, après avoir endormi le blessé et débridé la plaie, traita comme il convenait : recherche et ligature des deux bouts de l'artère; suture, un à un, des tendons divisés.

Les deux bouts du nerf étaient distants de 2 centimètres à 2 cent. 1/2, mais une traction modérée suffisait à les ramener au contact. La réunion fut pratiquée au crin de Florence fin ; on fit deux points de suture directe, et trois points de suture névrilemmatique, un antérieur, deux latéraux, et l'on prit grand soin d'assurer le contact régulier des deux tranches, sans chevauchement, sans interposition.

Une fois achevée cette longue besogne de réparation assez complexe, la plaie fut réunie, sans drain, par un surjet aponévrotique et des points cutanés. Pansement et « immobilisation dans une position favorable au rapprochement des parties sectionnées ».

Tout se passa fort bien ; au 5e jour, on renouvelle le pansement, et « il semble qu'il y ait déjà un commencement de retour de la sensibilité tactile et de la sensibilité à la douleur ». Au 25e jour, tout appareil est supprimé ; les doigts sont moins raides, nous dit l'auteur, la flexion et l'extension sont possibles, mais les muscles hypothénariens et interosseux restent aussi impotents; seule, l'anesthésie paraît en voie de rétrocession.

Un mois plus tard, l'état local n'avait guère changé. Le blessé est perdu de vue. C'était à la fin d'août; on ne le retrouve qu'à la fin de mars de l'année suivante, neuf mois après l'accident. Cette fois, les désordres sensitifs et moteurs ont totalement disparu : « Tous les mouvements des doigts, même ceux qui exigent le plus de délicatesse, sont rétablis. » C'est une guérison intégrale.

Le fait de M. Morestin présente cet intérêt tout spécial, qu'il se rapporte à un nerf exclusivement moteur, la branche postérieure du radial. Le nerf a été sectionné dans l'épaisseur du court supinateur, nettement, sans lésions graves, sans attrition des organes voisins; il ne reçoit aucune anastomose qui puisse expliquer la restauration motrice : c'est donc une véritable expérience, simple et démonstrative, qui met en pleine lumière le mode de cicatrisation fonctionnelle, si je puis ainsi dire, des nerfs moteurs.

Et voici le dispositif et les résultats de cette expérience. Le 9 janvier 1900, un garçon boucher, en dépeçant un quartier de viande, est blessé à la face externe du coude droit, d'un coup de pointe de couteau. La blessure est toute petite, elle saigne à peine, elle guérit en quelques jours, et le garçon s'étonne seulement de ne pouvoir étendre ses doigts. Au bout d'un mois, il se décide enfin à venir consulter à l'hôpital Saint-Louis.

La cicatrice, longue d'un centimètre, occupe la partie externe et postérieure du coude : « elle est un peu au-dessous de l'interligne articulaire, à égale distance de l'olécrane et de la tête radiale ».

L'analyse des troubles fonctionnels, faite avec le plus grand soin par M. Morestin, lui permit de localiser avec précision la blessure nerveuse. Ces troubles étaient exclusivement moteurs, et ne portaient que sur les doigts et la main.

Les doigts peuvent s'écarter les uns des autres et se fléchir, mais, en se fléchissant, ils entraînent en flexion la main tout entière : « ils ne se replient complètement que si l'on fixe la main », pour suppléer à l'action des extenseurs.

De fait, l'extension est abolie pour le petit doigt et le pouce, aussi bien que pour les trois doigts du milieu. Cependant la main peut être portée en arrière, mais elle est, en même temps, déviée en dehors : c'est de l'extension en abduction, et l'on sent alors les tendons des deux radiaux externes qui saillent et se soulèvent.

Conclusion : la paralysie porte sur l'extenseur commun, l'extenseur propre du petit doigt, le long extenseur et le long abducteur du pouce, le cubital postérieur; les radiaux sont indemnes. La section a donc intéressé la branche postérieure, musculaire, du nerf radial, au-dessous du point où elle donne les filets des muscles radiaux; or, continue M. Morestin, le filet du deuxième radial naît à peu près à la hauteur de l'interligne, et, d'autre part, la branche postérieure s'éparpille dès qu'elle émerge du court supinateur : c'est donc dans la traversée de ce muscle qu'elle a été blessée.

Ces déductions anatomiques devaient se vérifier de tout point. Renonçant, avec raison, à prendre la petite cicatrice cutanée, vague repère, comme centre de son incision de recherche, M. Morestin recourut à une voie plus régulière et plus chirurgicale, dans le cas présent : il incisa sur le bord antérieur du long supinateur, réclina le muscle, et découvrit, à sa face profonde, le tronc du nerf radial, qu'il suivit de haut en bas; laissant la branche antérieure au contact du muscle écarté, il disséqua soigneusement la branche postérieure, jusque dans l'épaisseur du court supinateur; à deux centimètres du point où commence son trajet intramusculaire, elle était divisée; « les deux bouts peu écartés ne se correspondaient pas, l'inférieur étant sur un plan postérieur »; ils étaient tous deux légèrement renflés.

On les aviva et on les ramena en contact, mais la suture ne laissa pas que d'être délicate, sur un nerf aussi grêle. M. Morestin réalisa l'affrontement par un seul point de catgut 00; puis la plaie fut réunie, et l'avant-bras maintenu en flexion.

Ici, encore, la cicatrisation fut très simple, et l'on institua le massage et l'électrisation. Le blessé ne tarda pas à s'en fatiguer, il disparut. On le revit au bout de six mois; depuis quelque temps, « il

avait senti revenir ses doigts », et repris son métier. La guérison était complète ; M. Morestin nous a présenté son opéré, et nous avons pu nous rendre compte de l'excellence du résultat définitif et de la restauration fonctionnelle parfaite.

Comme le fait remarquer notre collègue, si la doctrine de la régénération centrifuge « pouvait encore être contestée pour les nerfs moteurs, elle trouverait ici une démonstration formelle. La fonction s'est rétablie sans intervention possible d'aucun autre nerf, par conséquent le nerf coupé s'est régénéré ; d'autre part, la fonction s'est rétablie assez tardivement pour qu'on ne puisse faire entrer en ligne de compte le bout périphérique ; elle n'a pu l'être que par le bourgeonnement des cylindraxes du bout central. »

Je me garderai de rien ajouter à ces conclusions et de soulever à nouveau la question de doctrine, et je me contenterai d'insister sur cette *période de réparation*, toujours longue, même dans les sutures récentes et dans les cas heureux, qui doivent aboutir finalement à une complète guérison. Chez les deux blessés dont l'histoire vient d'être rapportée, l'intervention n'a été suivie d'aucun résultat apparent, durant les premières semaines ; tous deux ont perdu courage et cessé de se soumettre à l'électrisation et au massage ; ils ont disparu, et c'est seulement à plusieurs mois de là, six mois, neuf mois, qu'on les a retrouvés, cette fois complètement guéris ; l'amélioration fonctionnelle, d'abord fort lente et à peine accusée, avait revêtu une allure plus rapide dans les derniers temps, et la restauration était devenue complète. Cette évolution spéciale, cette phase prolongée de réparation latente et inaperçue, s'observent constamment à la suite des sutures nerveuses.

Or, les résultats obtenus par MM. Carlier et Morestin et la guérison intégrale de leurs blessés témoignent, une fois de plus, de la nécessité de la réunion primitive des nerfs sectionnés. Il semble banal de répéter que toute section nerveuse doit être suturée immédiatement, et cependant les exemples ne manquent pas pour montrer qu'en pratique la loi n'est pas toujours respectée. Tout récemment encore, j'ai opéré dans mon service un jeune homme qui avait reçu, six mois avant, un coup de couteau à la partie inféro-interne du bras gauche ; l'artère humérale avait été divisée, paraît-il ; en tout cas, on fit une intervention primitive que signale encore une longue cicatrice, mais la section du nerf cubital ne fut pas reconnue, sans doute, car le blessé m'arrivait avec tous les signes d'une paralysie complète du cubital, de l'atrophie de l'avant-bras et de la main, et la griffe caractéristique. Je

découvris le nerf à la face interne du bras et je trouvai un écart de 2 centimètres et demi entre ses deux bouts, terminés chacun par un petit renflement névromateux; ils étaient, de plus, enveloppés d'une épaisse gangue fibreuse, qui se continuait en avant, jusqu'au bord interne du biceps, et engainait aussi le nerf médian, d'ailleurs intact. Après avoir excisé toute cette gangue et libéré les deux nerfs, je rapprochai les bouts, avivés, du cubital, en les étirant légèrement, et je les suturai par un point transversal, en anse, et deux points directs; réunion du plan aponévrotique et de la peau. La plaie a guéri par première intention; dès les premiers jours, comme le fait a lieu presque toujours après toutes les interventions nerveuses, la sensibilité avait reparu sur quelques zones, mais mon opéré est, à l'heure présente, dans cette période de latence dont je parlais tout à l'heure, et ce n'est que beaucoup plus tard que j'attends un résultat de mon opération.

Ces résultats sont, d'ailleurs, lors des sutures secondaires et tardives, autrement aléatoires qu'après les réunions primitives, et souvent incomplets. On s'explique, en effet, que la réparation fonctionnelle se heurte à des obstacles parfois insurmontables, lorsque l'atrophie, depuis longtemps constituée, a détruit les appareils nerveux terminaux, intramusculaires et cutanés; et sans doute, à une date qu'il est impossible, d'ailleurs, de préciser, la réunion secondaire des bouts nerveux divisés devient impuissante à créer un travail de régénération complète et réellement utile. Toujours est-il que l'amélioration est toujours beaucoup plus lente à se manifester, après les réunions tardives, et que le résultat de l'intervention ne se juge qu'à longue échéance.

J'ai pu m'en rendre compte à plusieurs reprises, et en particulier chez un jeune homme de vingt-six ans, dont je résumerai brièvement l'histoire. De fait, la plaie nerveuse avait, chez lui, un siège un peu spécial; il avait reçu, dans le creux poplité, six mois avant, un coup de couteau, et, quand je le vis, en 1896, à la Pitié, la jambe était totalement paralysée et très atrophiée, et l'impotence des plus accusées. J'ouvris le creux poplité, et je constatai que la section avait porté sur le nerf sciatique exactement au niveau de sa bifurcation : je trouvai trois bouts nerveux, un bout supérieur, l'extrémité du tronc du sciatique, deux bouts inférieurs, distants de 3 centimètres environ du précédent, et qui correspondaient au sciatique poplité interne et au sciatique poplité externe; tous trois étaient terminés par de volumineux névromes que j'excisai; je réunis alors le tronc et ses deux branches par un point en anse, et quatre points directs. La jambe fut maintenue fléchie sur la cuisse pendant trois semaines. Ici encore le résultat immédiat fut nul et resta nul pendant plusieurs mois, puis l'amé-

lioration fonctionnelle devint évidente, et finalement le blessé, quoique boitant toujours, recouvra assez de force et de mouvements pour reprendre son métier : il faisait courir les chevaux dans un marché. J'espérais mieux encore, lorsque j'appris qu'il avait reçu un coup de pied de cheval dans le ventre et qu'il avait succombé.

Enfin, un autre élément qui intervient pour une large part dans la réparation nerveuse, après les sutures primitives et les sutures tardives, c'est la façon dont la suture est faite, et dont elle peut être faite. Non seulement une coaptation exacte et précise des deux bouts nerveux, dûment avivés, est de rigueur, mais encore il est indispensable que le nerf réuni soit *bien isolé, bien libre*, et qu'on ait pris soin d'exciser toute la gangue fibreuse qui souvent l'entoure, qui l'enserre et le comprime, et devient parfois un obstacle capital à la régénération. Des faits ont été plusieurs fois publiés, où le résultat fonctionnel d'une suture nerveuse, qui semblait négatif ou à peu près, au bout de plusieurs mois, s'est rapidement amélioré et complété, après une opération secondaire de « désengainement ». C'est là un point sur lequel on ne saurait trop vivement attirer l'attention ; c'est pour cela encore que, dans les plaies infectées, suppurantes, la réunion, même primitive, des nerfs, est souvent suivie d'une réparation plus lente, incomplète ou nulle.

Présentations de malades.

Balle dans le cerveau. Extraction au moyen de l'appareil de Contremoulins (1).

M. Chaput. — Le nommé S... (Louis), âgé de vingt ans, s'est tiré le 9 mars, à 11 heures du soir, un coup de revolver du calibre de 5 à 6 millimètres dans la région temporale droite. Il est tombé sans perdre connaissance ; on l'a conduit aussitôt à l'hôpital Broussais.

A l'entrée, on constate dans la région temporale, à la hauteur de l'arcade sourcilière, sur une verticale passant par le milieu de l'os malaire, une petite plaie arrondie produite par le coup de feu.

Le stylet, introduit prudemment, ne rencontre ni os, ni corps étranger.

(1) Observation rédigée par M. Eschbach, externe du service.

Léger écoulement de sang par le conduit auditif, ouïe conservée de ce côté.

Le blessé éprouve une violente céphalalgie bilatérale. Mastication douloureuse (plaie du muscle temporal); pas de douleur d'oreille. Pas de vertiges, pas de troubles intellectuels sensoriels, ni moteurs.

Considérant que la plaie siège dans une région dépourvue de cheveux, que par conséquent l'infection est peu probable, on n'intervient pas et on se contente d'une occlusion collodionée. Quelques jours après, le malade ayant réclamé l'intervention malgré la disparition de la céphalée, on l'envoie à la radiographie. L'image obtenue révèle deux corps étrangers, l'un, petit, dans la région de l'orifice d'entrée, l'autre, volumineux, en plein lobe frontal.

Opération le 21 *mars* 1901. — M. Contremoulins assiste à l'opération et dirige les recherches; je suis aidé, en outre, par mon collègue et ami, M. Auvray.

M. Contremoulins déclare que le gros fragment se trouve au voisinage de la ligne médiane, et à quelques centimètres en avant du bregma, à 5 centimètres de profondeur.

Le malade est *chloroformisé* aseptiquement. Incision à lambeau, à base postérieure, dans la région du projectile.

Le compas de M. Contremoulins nous sert à déterminer exactement le lieu de la trépanation. Après ablation de la rondelle, nouvelle application du compas, dont la tige tombe contre le bord interne de l'orifice osseux. Incision de la dure-mère. Recherche du corps étranger à la sonde cannelée ; à plusieurs reprises, M. Auvray et moi croyons le sentir, mais les tentatives d'extraction, avec des pinces de Kocher, une curette étroite, une pince de Lister, sont vaines. A un moment donné, nous percevons une bride fibreuse (probablement le bord tranchant de la faux du cerveau).

Nous nous décidons alors à enfoncer à fond la tige du compas préalablement stérilisé ; la pince de Lister est glissée le long de la tige. Je l'ouvre au hasard, à la profondeur voulue; je la referme sans rien sentir et, en la retirant, je ramène le gros fragment de la balle.

Je pratique ensuite une deuxième trépanation un peu au-dessus de la plaie cutanée, toujours sur les indications de M. Contremoulins. Après ablation de la rondelle osseuse, je trouve, sur la dure-mère, des caillots noirâtres et un fragment de plomb lamelliforme. En enfonçant à fond la tige du compas, nous constatons que le siège du corps étranger correspond exactement à la profondeur annoncée par M. Contremoulins, c'est-à-dire à 2 centi-

mètres au-dessous de la peau. La dure-mère est respectée ; suture des lambeaux avec drainage au moyen de mèches.

Réunion immédiate, aucune réaction ; aucun accident nerveux d'aucune sorte.

Siège de la trépanation supérieure. — Son bord interne se trouve à 1 cent. 1/2 à droite de la ligne médiane. Son bord postérieur est à 1 cent. 1/2 en avant du bregma.

Couronne inférieure. — Son bord inférieur se trouve à 2 centimètres 1/2 au-dessus de l'apophyse orbitaire externe et sur la même verticale.

Je ne saurais assez insister sur les services que nous a rendus M. Contremoulins avec son appareil. Je ne puis décrire celui-ci en détail ; je rappellerai seulement que M. Contremoulins détermine la position du projectile dans l'espace, par rapport à trois repères fixes pris sur le front. Au moyen de son compas, il nous indique la situation exacte et la profondeur du corps étranger par rapport à un point quelconque de la voûte du crâne.

Grâce à l'appareil de notre confrère, nous avons déterminé exactement le siège de la couronne du trépan, et quand, après plusieurs recherches infructueuses, il a enfoncé sa tige à fond, nous disant : « La balle est au contact de la pointe », nous n'avons eu qu'à suivre la tige pour saisir la balle, sans l'avoir sentie.

Grâce à M. Contremoulins, la chirurgie est redevable d'une méthode parfaite d'extraction des corps étrangers du crâne.

M. Reynier. — Je joins mes éloges à ceux de M. Chaput sur la perfection pratique de l'appareil de M. Contremoulins.

M. Rochard. — Grâce à cet appareil, j'ai pu aller chercher en plein rocher une balle qui avait sectionné le facial.

Rétrécissement inflammatoire très étendu du rectum, consécutif à un rétrécissement valvulaire.

M. Souligoux présente un malade atteint de rétrécissement inflammatoire très étendu du rectum, consécutif à un rétrécissement valvulaire. Anus contre nature. Lavage du rectum à l'eau oxygénée par le bout supérieur. Dilatation par des sondes introduites par l'orifice inférieur de l'anus contre nature. Fermeture de l'anus contre nature. Guérison. — M. Chaput, rapporteur.

Épithélioma térébrant du maxillaire inférieur.

M. Paul Reclus. — L'opéré que je vous présente me semble intéressant au double point de vue de la lésion dont il était atteint et de l'intervention que nous avons pratiquée.

1° J'ai décrit, avec mon maître Verneuil, un épithélioma térébrant du maxillaire inférieur caractérisé par un accroissement très rapide et un développement aux dépens des débris épithéliaux, vestiges de bourgeonnements du cordon des dents temporaires et permanentes. De temps en temps on publie des observations de cette variété de tumeur, mais je ne sache pas qu'on en ait signalé siégeant au maxillaire inférieur. Chez notre malade, électricien, âgé de soixante-sept ans, c'est au mois d'octobre dernier que le mal avait commencé, par des douleurs très vives dans la partie antérieure de l'arc du maxillaire; il crut à de mauvaises dents et se fit arracher les quatre incisives; dans les alvéoles apparurent des bourgeons charnus et bientôt, en aval et en arrière de l'os, se développèrent des masses indurées. Lorsque notre homme vint nous consulter, le menton était soulevé par une tumeur dure, adhérente à la peau, épaissie et violette, et le plancher de la bouche complètement envahi par une infiltration néoplasique. Entre les deux, l'os maxillaire lui-même, très volumineux, s'était spontanément fracturé.

2° Mon opération a consisté à circonscrire la tumeur mentonnière par une double incision partant des lèvres et venant se rejoindre en arrière du maxillaire vers l'os hyoïde; à scier les os en tissu sain à 3 ou 5 centimètres de chaque côté de la fracture, et mettre ainsi à découvert le plancher buccal que j'ai pu extirper largement, sans difficulté, découvrant les vaisseaux, et les saisissant par une pince; aussi n'y a-t-il pas eu d'incident, pas de sang dans la gorge, pas d'hémorragie au dehors. Le seul inconvénient est que la langue, privée de ses attaches antérieures, tombait en arrière vers le larynx et asphyxiait le malade. Je l'ai suturée en aval aux parties molles, réunies par un surjet sur la ligne médiane; les os ont été enfouis dans les parties molles et leur surface de section, recouverte par les tissus suturés, n'avait plus aucun contact avec la cavité buccale refermée par la suture. La guérison a été des plus rapides. Cependant une petite fistule restait au niveau de la base de la langue; une suture secondaire l'a très rapidement oblitérée. L'opération a été faite le 2 février.

M. Quénu. — Ce procédé opératoire est très recommandable.

Je me suis trouvé en présence d'un épithélioma du maxillaire inférieur qui avait envahi en même temps la partie latérale de la langue, le plancher de la bouche jusqu'à l'os hyoïde. Après avoir enlevé toutes les parties malades, je suturai la portion saine de la muqueuse dorsale de la langue, de la muqueuse génienne, fermant ainsi la cavité buccale et la séparant de la plaie opératoire ainsi extériorisée. La guérison se fit sans incident.

Il faut donc retenir ce principe général. Isoler le plus possible le foyer cruenté de la cavité buccale dans ces sortes d'opérations.

Présentations de pièces.

Sarcome fuso-cellulaire avec dégénérescence graisseuse centrale développé aux dépens de la capsule fibreuse du rein droit.

M. le Dr Ed. Schwartz. — La nommée L.., âgée de cinquante-deux ans, femme de chambre, entre à l'hôpital pour une tumeur faisant saillie sur le côté droit de l'abdomen.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans, toujours très irrégulièrement.

Ni enfants, ni fausses couches.

Ménopause il y a quatre ans.

Souffre depuis longtemps de douleurs sous forme de coliques dans la région sus-ombilicale.

Au mois de janvier, il y a trois mois, s'aperçoit que son ventre grossit en même temps que les coliques deviennent plus intenses.

Actuellement, l'état général est bon, appétit normal, pas d'amaigrissement.

Constipation constante, pas de troubles de la miction. Pas d'irradiations douloureuses partant de la tumeur.

A l'inspection. — Tumeur dans le côté droit de la région sous-ombilicale, en dehors de la ligne blanche, séparée de la crête iliaque par un espace libre.

Le creux épigastrique reste nettement dessiné.

A la palpation. — Masse grosse comme une petite tête d'enfant, occupant la fosse iliaque droite, s'étendant en dedans jusqu'à la ligne blanche, en bas jusqu'à l'arcade crurale, en haut jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic, en dehors jusqu'à une ligne verticale élevée de l'épine iliaque antéro-supérieure.

De la partie supérieure de cette masse part un prolongement du volume d'une orange, se dirigeant en haut et en dedans jusqu'à deux

travers de doigt au-dessus de l'ombilic et semblant faire corps avec la masse principale.

La palpation du rein droit montre que cet organe est absolument indépendant de la tumeur et situé plus haut.

A la percussion. — Grosse tumeur mate séparée par une zone de sonorité de la petite tumeur qui est également mate. Le reste de l'abdomen est sonore.

Au phonendoscope on reconnaît que les deux masses sont indépendantes et que la tumeur affleure la grande courbure de l'estomac.

Toucher vaginal. — En exerçant une pression sur la tumeur, on la fait descendre dans le petit bassin et on sent son pôle inférieur par le toucher vaginal, mais seulement quand on l'abaisse.

La tumeur étant abaissée, on sent entre elle et le doigt, dans le cul-de-sac latéral droit, une masse (vraisemblablement les annexes) qui n'a pas de connexions avec la tumeur.

On voit quelques varices sur le membre inférieur gauche.

Opération le 23 *mars.* — Anesthésie au chloroforme.

Incision ombilico-pubienne médiane, augmentée jusqu'à l'insertion pariétale de la faux du foie.

On trouve dans l'hypocondre droit une tumeur dure.

En dedans d'elle et lui adhérant, on trouve le côlon ascendant; le feuillet externe de son méso semble se perdre sur la tumeur. Le cæcum est au-dessous et, quand on soulève la tumeur, il est attiré avec elle.

Sur le côté externe de la tumeur on voit de grosses veines très saillantes.

C'est par là que la décortication est commencée.

Un pédicule est sectionné au pôle inférieur; quelques adhérences sont séparées de la capsule adipeuse du rein. Celle-ci est incisée de haut en bas et on commence la libération des adhérences entre la tumeur et le rein.

En bas, le rein ne peut être détaché. En le séparant, on le fait saigner et il se déchire. On se décide à l'enlever. La décortication sous-capsulaire est effectuée et le pédicule pincé dans un clan.

La tumeur est relevée; les adhérences l'unissant au côlon sont sectionnées, ainsi qu'une partie du péritoine méso-colique.

Un drain est placé dans la cavité. Ligatures au catgut. Suture de la paroi en deux plans.

Suites opératoires. — Aspirations le lendemain et le surlendemain. Ablation du drain le troisième jour. Urines de 600 à 1.000 grammes par jour dès le lendemain de l'intervention. Guérison complète actuelle.

L'examen microscopique de la tumeur, qui pèse un kilogramme, montre qu'il s'agit d'un néoplasme à forme ovoïde, développé aux dépens de la capsule fibreuse du rein droit, au niveau de la face antérieure du rein; il adhère à la capsule, qui ne s'en laisse pas séparer, sur une étendue grande comme deux pièces de 5 francs. Partout ailleurs, le néoplasme n'adhérait nulle part.

Le rein se déchire au niveau de l'adhérence, ne se décortique

pas. Sa coupe est saine par ailleurs. La coupe du néoplasme montre une partie centrale dégénérée. Tissu jaune graisseux. La périphérie est formée par du tissu comme fibreux.

Le microscope nous montre qu'il s'agit d'un sarcome fusocellulaire.

Il valait mieux, dans le cas actuel, enlever le rein, étant donnée la nature de la tumeur.

Kystes hydatiques multiples du foie. Laparotomie latérale et médiane. Deux kystes traités par l'incision, l'ablation de la vésicule germinative, puis la suture. Énucléation des trois autres de l'intérieur du lobe gauche. Suture et tamponnement de la plaie hépatique. Drainage.

M. SCHWARTZ. — Je présente ici les kystes opérés, dont trois ont été énucléés du lobe gauche.

Les cas de kystes multiples du foie opérés ne sont pas très nombreux, et c'est à ce titre que nous avons cru devoir vous en parler et les présenter avant leur trop grande altération.

L'opération a été pratiquée le 30 mars dernier chez un homme de vingt-cinq ans. L'opéré va très bien. Le tamponnement a été enlevé ce matin; un peu de bile tache le pansement. Je communiquerai plus tard l'observation complète de ce malade.

Spina-bifida.

M. POTHERAT. — Le rapport que nous a lu dans la dernière séance notre collègue M. Broca, et la courte discussion qui suivit, me fournissent l'occasion de vous relater une observation de spina-bifida que j'ai opéré à la fin de l'année dernière et de vous présenter les pièces anatomiques enlevées par l'opération.

Au mois de décembre 1900, je fus appelé, loin de Paris, auprès d'une enfant née à terme huit jours auparavant avec un spina-bifida lombaire. La tumeur était très volumineuse (elle égalait, d'après le confrère qui assistait la parturiente, le Dr G. Roché, le volume de la tête de l'enfant). Pendant l'accouchement, elle avait beaucoup gêné l'expulsion, jusqu'au moment où, très fortement pressée sans doute, elle avait éclaté, donnant issue à une grande quantité de liquide parfaitement limpide, et facilitant singulièrement la fin du travail.

A la naissance, on reconnut tout de suite qu'il s'agissait d'une poche de spina-bifida, rompue à son sommet, où les membranes de revêtement étaient amincies. Immédiatement notre distingué confrère prit les précautions les plus sages pour éviter une infection et fit un pansement à la fois antiseptique et aseptique.

Grâce à ces précautions l'infection ne se fit pas, ou du moins elle fut minime, car lorsque je vis l'enfant, au huitième jour, l'intérieur de la poche, flasque, présentait un revêtement de membranes blanchâtres d'aspect diphtéroïde, mais le liquide céphalo-rachidien qui coulait goutte à goutte était absolument limpide. L'enfant n'avait point de fièvre; elle tétait régulièrement et normalement une bonne nourrice.

La flaccidité de la poche permettait facilement de reconnaître la division vertébrale. Celle-ci était, dans le cas présent, très petite, réduite à une fissure nette, palpable, mais seulement une fissure.

D'autre part, il n'existait dans tout l'organisme aucune autre malformation ; les membres inférieurs s'agitaient aussi bien que les membres supérieurs ; il n'y avait pas de hernie ; la tête, arrondie, était bien conformée ; la fontanelle antérieure me parut normale ; enfin, soit par son volume, soit par son aspect extérieur, soit par son facies, cette petite fille était dans de bonnes conditions.

Le médecin et les parents me demandaient de faire le nécessaire pour sauver la vie de cette petite enfant, que menaçait l'infection propagée par la poche. Je pensai et je pense encore que puisqu'il était peut-être en mon pouvoir d'assurer cette existence, il était de mon devoir de le faire en l'opérant.

Je l'opérai donc, mais seulement et pour des raisons qui n'ont point besoin d'être exposées ici, au bout de quarante-huit heures, c'est-à-dire au dixième jour de la naissance de l'enfant.

Je séparai avec le plus grand soin la paroi propre de la peau qui la recouvrait et je la libérai jusqu'au niveau de la fente vertébrale, où elle était réduite à un petit pédicule que je pus disséquer jusque dans le canal rachidien et lier à ce niveau, avant de le réséquer. Il n'y avait dans cette poche aucune expansion de substance nerveuse, aucun filet nerveux de quelque importance. Les fausses membranes s'étendaient jusqu'au trou vertébral, mais pas au delà ; les enveloppes rachidiennes n'avaient donc point encore été atteintes par l'inflammation, au moins d'une manière appréciable. Je vous présente cette pièce que j'ai conservée. Pardessus la fente vertébrale de quelques millimètres de large sur un centimètre environ de long, je ramenai les plans fibreux voisins et je les suturai, puis, à l'aide de crins de Florence, je réunis la peau,

au préalable réséquée pour supprimer l'excédent ; mais en faisant cette résection j'eus soin de tailler deux lambeaux inégaux, afin que la suture cutanée ne répondît pas à la suture fibreuse profonde d'une part, à la saillie des apophyses épineuses d'autre part.

L'opération, faite sous le chloroforme, administré par le Dr G. Roché, fut courte. Les suites en furent très simples, l'enfant guérit complètement, sans issue de liquide céphalo-rachidien, sans fistule consécutive.

J'ai voulu, et c'est pourquoi je n'ai pas communiqué cette observation dans la dernière séance, avoir de ses nouvelles récemment avant de vous en parler, et voici ce que m'écrit son médecin à la date du 29 mars : « Votre petite opérée est guérie, fraîche, en bonne santé ; ses jambes remuent comme celles de tout autre enfant, ainsi que je viens de le constater. Quand on presse avec le doigt au niveau de la partie bifidée, il semble bien que l'on n'éveille aucune sensation douloureuse. Bien que la plaie superficielle soit bien et solidement réunie, il m'a semblé que le canal vertébral n'était pas encore complètement fermé. La fontanelle antérieure est, à mon avis, large mais non tendue. »

Telle est, Messieurs, la situation de ma petite opérée trois mois et demi environ après mon intervention. Je suis en droit d'affirmer qu'elle est bien et dûment guérie de son spina-bifida. Qu'est-ce à dire ? Puis-je vous affirmer qu'elle n'aura pas d'hydrocéphalie, qu'elle sera d'une intelligence merveilleuse ? Je n'en sais rien et l'avenir seul pourra nous fixer sur ce point. Pourtant, l'hydrocéphalie et l'insuffisance intellectuelle ne sont pas absolument fatales, puisqu'elles ne s'observent pas dans tous les cas ; de plus, il se peut qu'elles soient sous la dépendance d'un état pathologique que nous apprendrons un jour à connaître, à traiter et à guérir.

Pour ces diverses raisons, je pense qu'en présence d'un spina-bifida nous avons le devoir d'intervenir, chaque fois que notre intervention a des chances sérieuses de succès opératoire, mais seulement quand ces chances existent. Aussi me suis-je refusé, l'année dernière, à opérer, bien que sa tumeur fût exulcérée, un enfant de trois mois environ, porteur d'un spina-bifida dorsal, avec une très large division osseuse, atteint en même temps de pied-bot, d'exomphale, d'aspect chétif, s'alimentant très mal.

Je conseillai seulement de protéger la tumeur avec un bourrelet périphérique, de faire des pansements appropriés, et d'attendre. L'attente fut courte, car quelques semaines plus tard l'enfant succombait aux progrès de son athrepsie.

Je pense donc qu'il ne convient pas d'opérer tous les spina-

bifida, qu'il est des enfants qu'il vaut mieux abandonner à leur malheureux sort, en raison de notre impuissance à leur être utile, mais qu'il en est d'autres que nous devons opérer.

Devant ces cas favorables, nous croiser les bras serait manquer à notre rôle social et revenir à des mœurs d'un âge héroïque, dit-on, mais aujourd'hui disparu. Lycurgue ne voulait que des hommes aux bras desquels le glaive meurtrier parût léger et les femmes de Lacédémone ne connaissaient pas les faiblesses maternelles. Nous n'en sommes point là, de nos jours — heureusement.

M. Brun. — L'examen histologique de la pièce a-t-il été fait?

M. Potherat. — Non.

M. Brun. — Vous avez enlevé un kyste extra-rachidien. La poche ne contient dans sa paroi probablement aucun élément nerveux, et c'est pour cela que votre malade n'a présenté aucun trouble.

Lorsqu'il s'agit de véritable épanouissement de l'épendyme, l'ouverture spontanée s'accompagne de méningite rachidienne, et l'opération est suivie, à brève échéance, d'hydrocéphalie.

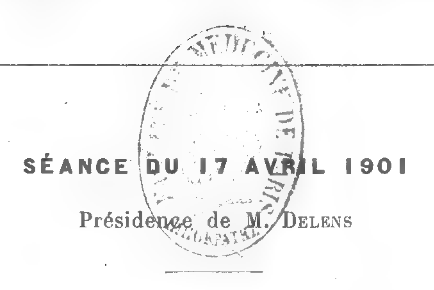
M. Potherat. — Je n'ai pas fait faire l'examen histologique de la pièce, mais j'affirme qu'il s'agissait bien d'un spina-bifida, d'une poche communiquant avec les enveloppes de la moelle, dans laquelle se déversait le liquide céphalo-rachidien — et non d'un kyste.

Il s'agissait d'une fente vertébrale, c'est vrai, mais d'une fente admettant l'extrémité du doigt et par laquelle, je le répète, se faisait une communication directe avec les enveloppes de la moelle.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 17 AVRIL 1901

Présidence de M. DELENS

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Des lettres de MM. HENNEQUIN et POTHERAT, qui, retenus à la chambre par la grippe, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. PAUL SEGOND dépose sur le bureau de la Société un travail de M. LÉNÈQUE (de Saint-Germain-en-Laye) intitulé : *Opération césarienne, suivie de l'ablation complète de l'utérus et des annexes, avec issue heureuse pour la mère et pour l'enfant. Intervention pendant le travail, à terme, nécessitée par une atrésie cicatricielle du vagin survenue au cours de la grossesse.* — Ce travail est renvoyé à une Commission : M. P. DELBET, rapporteur.

M. TUFFIER dépose sur le bureau un travail de M. André AUTIPAS (de Constantinople), intitulé : *Trois cas de gastro-entérostomie.* — Ce travail est renvoyé à une Commission : M. TUFFIER, rapporteur.

M. LEJARS offre à la Société de Chirurgie un exemplaire de la troisième édition de son *Traité de chirurgie d'urgence.*

M. LE PRÉSIDENT remercie M. LEJARS au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

Section par écrasement du nerf radial gauche consécutive à un coup de pied de cheval; paralysie radiale immédiate; libération du tronc nerveux faite deux mois après l'accident; guérison progressive et complète,

par M. SIEUR.

Le nommé T..., jeune cavalier au 8e chasseurs, entre dans notre service à l'hôpital Desgenettes le 10 juin 1895, atteint d'une paralysie traumatique du nerf radial gauche.

Il y a quatre jours, le malade a reçu, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la face externe du bras gauche, un coup de pied de cheval lancé à toute volée. Douleur vive immédiate; fourmillements dans tout l'avant-bras et particulièrement marqués au niveau du pouce et de l'index gauches; main en pronation et impossibilité absolue de l'étendre sur le poignet.

Au moment de son entrée, T... présente une paralysie complète des extenseurs des doigts, des long et court supinateurs, des radiaux et du cubital postérieur; le triceps est le seul muscle resté indemne dans la sphère du nerf radial.

Il existe au niveau du point traumatisé une ecchymose étendue avec un trait noir foncé dirigé transversalement et qui correspond au point qui a été frappé par le fer du sabot du cheval.

Anesthésie complète dans toute la zone antibrachiale et palmaire innervée par le radial.

Intégrité parfaite du squelette du bras et de l'avant-bras; rien à noter du côté des autres nerfs composant le plexus brachial.

On prescrit tout d'abord à T... du massage, des douches, des frictions excitantes et des courants continus faibles.

L'ecchymose brachiale disparaît rapidement; il n'y a pas de douleurs spontanées et T... accuse simplement des fourmillements quand on presse sur le trajet du radial, au niveau du point traumatisé.

Au bout de deux mois, la sensibilité était en partie revenue, mais la paralysie était aussi accusée qu'au premier jour et aucun des muscles paralysés ne réagissait sous l'action des courants interrompus. Quant au courant galvanique, c'est à peine s'il provoquait une très légère contraction au moment de l'ouverture et de la fermeture du courant. D'ailleurs tous les muscles postéro-externes de l'avant-bras présentaient une atrophie très notable et la mensuration, prise à 20 centimètres au-dessus de l'apophyse

styloïde du radius, donne 23 centimètres pour l'avant-bras malade et 25 centimètres pour l'avant-bras du côté droit.

Ces symptômes pouvant faire supposer que le tronc nerveux avait pu être sectionné par la violence du traumatisme, nous nous décidons à aller à la recherche du nerf radial à sa sortie de la gouttière de torsion, c'est-à-dire au point même où il a été violemment comprimé entre le fer du sabot et l'humérus. Le 17 août 1895, nous pratiquons une incision de 10 centimètres s'arrêtant à trois travers de doigt au-dessus de l'épicondyle. Faite le long du bord externe de l'humérus, elle nous permet très facilement de gagner l'interstice inter-musculaire externe.

Au niveau de l'ancien traumatisme, les tissus portent la trace d'une infiltration ancienne qui a laissé comme reliquat un tissu conjonctif assez dense, ce qui rend difficile la séparation des muscles. On met ainsi à nu le nerf radial depuis sa sortie de la gouttière de torsion jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'épicondyle. Au premier abord, le nerf, entouré d'un tissu rosé, manifestement congestionné et intimement adhérent aux muscles et feuillets aponévrotiques voisins, paraît plus volumineux que dans les parties situées hors de la zone traumatisée. Mais après l'avoir dégagé à l'aide d'une spatule mousse, on voit au contraire que le cordon nerveux est aminci, réduit de moitié, et, en le comprimant entre les doigts, on le sent moins résistant qu'il ne l'est à l'état sain. En aucun point, cependant, on ne trouve de solution de continuité, ni de renflement indiquant la formation d'un névrome. Il est évident que si le traumatisme a sectionné par écrasement la plupart sinon la totalité des tubes nerveux, la continuité apparente du nerf a été respectée grâce à la résistance du névrilème.

Après avoir ainsi libéré le nerf et fait une hémostase complète, nous suturons la plaie sur toute son étendue.

Le 24 août, ablation des fils; les lèvres de la plaie sont réunies sur toute leur étendue.

Examinant alors le membre paralysé, nous constatons que la sensiblité est normale dans tout le territoire innervé par le radial. En appuyant le membre sur une table de façon à ne laisser déborder que les doigts, nous voyons que ces derniers et surtout le pouce sont animés de très légers mouvements d'extension et que la main peut être très faiblement soulevée et renversée en haut.

En présence de ces résultats qui indiquaient un changement notable dans l'état des muscles paralysés, nous ne pouvions que nous applaudir d'être intervenu et nous étions en droit d'espérer un prompt rétablissement des fonctions du membre paralysé. Cependant, malgré un traitement électrique soigneusement et

rigoureusement appliqué, le retour de la motricité se fit avec une lenteur désespérante, si bien qu'au mois de janvier 1896, soit plus de six mois après le traumatisme, c'est à peine si le blessé pouvait arriver à relever la main jusqu'à l'horizontale et utiliser la main gauche pour boutonner sa veste.

L'atrophie musculaire était toujours très accusée et les réactions électriques relativement faibles,

Dans ces conditions T..., ne pouvant continuer son service, fut renvoyé dans ses foyers avec un congé de réforme.

Nous l'avions perdu de vue depuis cette époque, quand l'idée nous est venue de nous enquérir de son état actuel et voici la réponse qu'il a faite aux diverses questions que nous lui avions posées.

Rentré dans ses foyers, T... a repris sa profession de cultivateur. D'abord il ne put se livrer à aucun travail pénible, mais peu à peu les mouvements d'extension des doigts et de la main se firent avec plus de force; toutefois *ce ne fut qu'un an après son accident* que le bras gauche eut à peu près récupéré son intégrité fonctionnelle.

A l'heure actuelle, T... n'éprouve aucune douleur sur le trajet du radial; seule la pression au point traumatisé réveille encore quelques fourmillements du côté du pouce, de l'index et du médius.

Toute trace d'atrophie de l'avant-bras a disparu depuis longtemps et les mouvements d'extension des doigts et du poignet se font avec leur facilité et leur amplitude habituelles.

Én résumé, le blessé ne porte d'autre trace de son ancienne paralysie que la cicatrice linéaire de l'incision brachiale faite pour mettre à nu le tronc du radial.

Nous avons cru devoir communiquer cette observation parce que les commémoratifs de l'accident et l'état dans lequel nous avons trouvé le nerf radial au moment de notre intervention permettent d'éliminer toute idée d'hystéro-traumatisme. D'ailleurs, T... n'a jamais présenté, ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels, de stigmates d'hystérie. Il s'est bien agi chez lui d'une véritable *section par écrasement* du nerf radial, le tronc nerveux s'étant trouvé pincé entre le fer du sabot du cheval et le bord externe de l'humérus. Seul le névrilème a résisté à cette section et, malgré cette intégrité de la gaine fibreuse qui semblait devoir rendre plus facile et surtout *plus rapide* la régénération nerveuse, il n'en a pas moins fallu un an pour que celle-ci ait été complète et définitive. Ajoutons que notre intervention, en libérant le tronc nerveux de la gangue qui l'entourait et qui menaçait de l'étrangler,

nous paraît avoir aidé dans une certaine mesure à cette régénération du nerf. C'est du moins dans les quelques jours qui ont suivi son exécution que se sont montrés les premiers mouvements du côté des muscles paralysés.

Rapports.

Fracture compliquée de Dupuytren. Essai de conservation. Résection tardive de l'articulation tibio-tarsienne, bon résultat fonctionnel au bout de vingt mois, par M. le Dr M. SAVARIAUD.

Rapport par M. NÉLATON.

« M. H..., quarante et un ans, entre à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le Dr Reclus, le 3 mars 1899, pour une fracture comminutive et compliquée de l'extrémité inférieure des os de la jambe, consécutive à une chute de voiture. Le pied du blessé a été pris dans la roue et s'est dégagé de lui-même. Sitôt arrivé dans le service, M. Reclus le fait transporter à la salle d'opérations, pour procéder à la désinfection du foyer de fracture. Les os ont perforé les téguments, la chaussette du blessé était prise entre les fragments et l'articulation tibio-tarsienne communique avec l'extérieur.

Chloroforme, désinfection soignée à l'eau très chaude, embaumement suivant la pratique habituelle du service, appareil plâtré.

Au bout de douze jours, à cause des phénomènes inflammatoires, on enlève le plâtre pour faciliter les pansements et on place le membre dans une gouttière en fil de fer. — Pulvérisations phéniquées.

En mai et juin plusieurs abcès sont ouverts au niveau du cou-de-pied; fusée purulente à la face externe du mollet.

En juillet, mon excellent maître M. le Dr Reclus m'ayant confié la direction de la salle pour quelques jours, on me montre le malade et je fais les constatations suivantes :

Aspect éléphantiasique du pied et de la moitié inférieure de la jambe, plusieurs trajets fistuleux menant dans l'articulation tibio-tarsienne et sur des os raréfiés et friables. Consolidation à peu près nulle, raideur du genou et des articulations du pied.

Etant données les lésions du squelette, il nous paraît impossible d'arriver à la consolidation et à la cicatrisation des fistules, sans une intervention complexe, qui aura pour but de désinfecter ce foyer en enlevant au besoin des portions d'os plus ou moins considérables.

Opération le 13 juillet 1899. — Bande d'Esmarch, exploration du foyer de fracture ; la sonde cannelée, enfoncée à travers le cou-de-pied, ressort facilement du côté opposé ; grattage des parties fongueuses ramenant des débris d'os cariés. Les téguments sont incisés longitudinalement au droit du tibia.

Le périoste, très épais, se laisse décoller facilement. La curette entre facilement entre les deux fragments du tibia. La malléole s'est brisée à la base, elle s'en va en miettes. Le fragment supérieur est ramolli, fongueux, il s'effrite sous l'action de la curette, qui a bientôt fait de le réduire de plusieurs centimètres.

Une incision est faite alors sur le péroné ; elle part du sommet de la malléole externe et remonte à 7 ou 8 centimètres plus haut, jusqu'au trait de fracture. Le péroné est dans le même état que le tibia. Le fragment inférieur, vermoulu, déchiqueté par l'ostéite, est enlevé par fragments, à l'exception de la pointe de la malléole externe, qui a sa consistance normale et qui est laissée adhérente au ligament latéral externe.

Cela fait, on voit que le squelette jambier se termine par des extrémités effilées, le tibia descendant notablement au-dessous du péroné. Pour régulariser les surfaces, un trait de scie est appliqué le plus bas possible à la même hauteur sur les deux os. On termine du côté de la jambe en curettant le décollement sous-cutané qui s'ouvre à la face externe du mollet. Un drain est laissé à ce niveau.

Du côté du pied, il reste l'astragale, entouré de masses fongueuses. Son cartilage est très aminci, manque même par endroits, et la curette s'enfonce avec une facilité désespérante dans son tissu spongieux raréfié et graisseux. Attachant peu d'importance à la conservation de cet os, je l'enlève par petits fragments à la curette et à la rugine.

J'arrive ainsi à la face supérieure du calcanéum. Ce dernier paraît sain ; d'ailleurs il est temps de s'arrêter dans cette extirpation, et je me contente d'enlever le cartilage de la facette postérieure afin d'obtenir une ankylose solide.

Le foyer de résection est gratté, nettoyé, aseptisé le mieux possible — eau oxygénée, chlorure de zinc. — La bande d'Esmarch est enlevée, hémorragie en nappe s'arrêtant par le tamponnement aucune ligature n'est nécessaire.

L'opération terminée, le pied est à une telle distance des os de la jambe, qu'on se demande si jamais le pied pourra se souder à la jambe et si une amputation au lieu d'élection ne serait pas préférable. Il manque en effet environ 9 centimètres du squelette, et lorsqu'on cherche à mettre le calcanéum au contact du tibia, le parties molles poussent en avant et en arrière, de la façon la plus disgracieuse. Néanmoins on tamponne le foyer de résection avec

de la gaze iodoformée, un bon pansement ouaté immobilise le pied, et le membre est placé dans une gouttière en fil de fer bien matelassée.

Suites opératoires. — Pas de fièvre, pas d'hémorragie; au bout de huit jours on refait le pansement; la plaie commence à bourgeonner, presque pas de suppuration. Tous les deux ou trois jours on refait le pansement. Attouchement à l'eau oxygénée, tamponnement à la gaze aseptique; on diminue le volume du tamponnement pour permettre le rapprochement des parties, on veille à ce que le pied soit dans une bonne position vis-à-vis la jambe. Petit à petit la plaie s'est comblée, d'abord en dehors, où la pointe de la malléole externe semble se souder au péroné. Mais pendant longtemps il reste à la partie interne une plaie profonde qui sépare le tibia du calcanéum. Je m'aperçois que le rapprochement ne peut se faire qu'en mettant le pied en valgus et je redoute une déviation générale pour l'avenir. Heureusement cette tendance ne s'accentue pas et la plaie finit par se cicatriser. A ce moment, le pied étant assez solide, un silicate est appliqué et le malade est autorisé à se lever.

Le 1er novembre 1899, le malade quitte l'hôpital. Le membre est encore éléphantiasique, le genou enraidi. Nous sommes encore loin de la guérison complète. Mais l'opéré a hâte de quitter l'hôpital. Il y a huit mois qu'il y est entré et trois mois et demi qu'il a subi l'opération.

Décembre 1899. — Le malade est revenu nous voir. Je lui ai fait construire par M. Collin un appareil à tuteurs latéraux prenant point d'appui sur le plateau du tibia. Une articulation au cou-de-pied permet de petits mouvements de flexion, tout en évitant l'entorse. Une semelle à talon surélevé de 4 centimètres d'épaisseur corrige une partie du raccourcissement. Bains, massage, électrisation.

Revu le 31 décembre 1900, M. H... est en très bon état général et très content de son sort. Ayant la facilité d'aller en voiture, il marche peu, mais il monte jusqu'à soixante étages par jour. Il porte toujours son appareil à tuteurs latéraux et, comme le premier s'est cassé, il en a fait confectionner un neuf. Il se sert aussi d'une canne qui lui est utile, sinon indispensable. Malgré un raccourcissement de près de 10 centimètres, il boite modérément. En tout cas, il ne souffre pas, et, malgré une entorse récente qui l'a tenu quinze jours au lit, il a repris son emploi de courtier en déménagements.

Voici l'état du membre opéré. Le pied et la jambe ont repris leur aspect normal. Le pied est un peu plat mais en bonne position

sur la jambe. Sur le côté interne du cou-de-pied, la rétraction cicatricielle a froncé les téguments qui forment des plis rayonnés profonds d'un bon centimètre sur le côté externe, cicatrice linéaire peu apparente. De ce côté, on sent que la malléole externe s'est reformée grâce à la conservation du périoste et de la pointe de la malléole. Dans l'articulation tibio-tarsienne, petits mouvements spontanés de flexion et d'extension, peu ou pas de mouvements de latéralité. L'articulation médio-tarsienne est enraidie, mais celle du genou se fléchit au delà de l'angle droit sans craquement. Le raccourcissement mesure 9 cent. 5.

A noter enfin une flexion permanente du gros orteil qui ne gêne d'ailleurs pas les fonctions du membre. Cette flexion n'est pas rare dans les résections tibio-tarsiennes. Ollier l'attribue à une rétraction du long fléchisseur du gros orteil dont le tendon passe, comme on le sait, dans la gouttière que lui offre le bord postérieur de l'astragale. Le tendon adhère au bloc fibreux qui remplace cet os, et c'est ce qui empêche de redresser l'orteil.

Radiographie. — La radiographie faite par M. Contremoulins montre avec une admirable netteté les détails suivants.

1° La malléole externe de nouvelle formation dépasse de 3 centimètres par le bas la section du péroné. L'os périostique nouveau commence à 2 centimètres au-dessus de cette section, ce qui fait que dans son ensemble il mesure 5 centimètres.

2° La nouvelle malléole externe est déjetée de plus de 1 centimètre en arrière de l'arc du péroné.

3° En bas, elle arrive jusqu'au tubercule des péroniers situé sur la face externe du calcanéum. Elle cale par conséquent cet os, comme l'ancienne malléole calait l'astragale.

4° Une malléole interne de nouvelle formation est représentée par une sorte d'appendice de près de 1 centimètre de hauteur.

5° L'astragale est représenté par un bloc de tissu fibreux qui reproduit remarquablement la forme de l'os enlevé. Ce bloc fibreux, d'une hauteur de 1 à 2 centimètres, unit solidement le tibia à la face supérieure du calcanéum et au scaphoïde. Ce dernier os reste écarté de 1 cent. 5 de la malléole interne. Cette absence de rapprochement nous explique que le pied ait conservé sa cambrure normale et ne soit pas devenu creux, ainsi qu'on l'observe ordinairement à la suite de l'astragalectomie.

Réflexions. — En somme, malgré la durée du traitement, malgré le raccourcissement et le port presque obligatoire d'un appareil à tuteurs latéraux, le résultat me paraît bon et en tout cas bien préférable au meilleur moignon de jambe. Le malade, qui a vécu plu-

sieurs mois avec l'idée qu'il faudrait finir par une amputation, est particulièrement satisfait.

Etait-il possible d'opérer plus économiquement, c'est-à-dire de sacrifier une moins longue étendue du squelette? Si on veut bien se rappeler que toute l'opération s'est faite pour ainsi à la curette et que je ne me suis servi de la scie que pour régulariser la surface de coupe du squelette jambier, on m'accordera qu'il était impossible de faire moins de ce côté.

Mais n'était-il pas possible de conserver l'astragale? Outre que cet os était fortement ramolli par la dégénérescence graisseuse et que sa conservation eût pu entretenir une suppuration prolongée, je crois qu'au point de vue orthopédique cette conservation aurait eu peu de valeur. Le squelette jambier y aurait gagné quelques centimètres, mais ce qu'il aurait gagné en longueur, ne l'eût-il pas perdu en solidité? Il m'a semblé que le squelette jambier dépourvu de ses malléoles serait plus solidement fixé sur la surface calcanéenne dépouillée soigneusement de son cartilage que sur la surface glissante et convexe de l'astragale. Il est vrai que j'aurais pu me contenter d'enlever le cartilage de la poulie; c'est par là, en somme, que j'ai débuté et c'est après avoir constaté le ramollissement de cet osselet que je me suis décidé à l'enlever progressivement en totalité.

En revanche, cette ablation de l'astragale me paraît avoir un grand avantage, celui de procurer un jour considérable; de permettre de voir clair, de poursuivre les fongosités dans tous les recoins et de faire un excellent drainage.

Relativement au manuel opératoire, j'ai suivi scrupuleusement la méthode sous-périostée et je n'ai eu qu'à m'en louer. C'est à elle que je suis redevable de la néoformation d'une malléole, extrêmement utile pour le maintien du pied en bonne position et pour empêcher les mouvements de latéralité de la néarthrose.

Quant aux soins consécutifs, je ferai remarquer qu'à aucun moment le membre n'a été placé dans un plâtre, ce qui eût gêné, je crois, considérablement les pansements. Bien que, pendant plusieurs mois, le pied soit resté ballant au bout de la jambe, on s'est contenté de placer le membre dans une gouttière en fil de fer. On avait soin de corriger la tendance à l'équinisme et à la chute du pied en arrière avec des tampons d'ouate placés dans la gouttière et on fixait le pied avec des tours de tarlatane gommée qui, après dessiccation, avait assez de rigidité pour éviter les déplacements. Grâce à la simplification de l'appareil, le malade n'a jamais souffert pendant les pansements, ce qui n'aurait pas manqué d'arriver s'il avait fallu chaque fois ôter le membre d'un plâtre et l'y remettre ensuite. Il était surtout beaucoup plus facile de veiller

à la propreté du membre que si celui-ci eût été enfoui dans un plâtre.

Enfin, je terminerai en faisant remarquer la persistance dans la nouvelle articulation des mouvements normaux de flexion bien que peu étendus en vérité. La mise au contact du squelette jambier avec la face supérieure avivée du calcanéum me faisait présumer une ankylose. Celle-ci n'a pas eu lieu. Sans doute les os, maintenus longtemps séparés par le tamponnement à la gaze, se sont recouverts isolément de tissu fibreux. Le résultat est une pseudarthose serrée dont les mouvements sont calqués sur ceux d'une articulation normale. Cet heureux résultat me paraît dû à la conservation du périoste, des ligaments et de l'extrême pointe de la malléole externe, qui, grâce à son abondante reproduction osseuse, empêche les mouvements de latéralité tout en permettant dans une certaine mesure les mouvements normaux de flexion du cou-de-pied. »

L'observation de M. Savariaud est très belle ; elle montre jusqu'à quel point peut être portée la conservation.

Voici un homme à qui M. Savariaud a réséqué 10 centimètres de tibia et de péroné, en même temps que l'astragale : or cet homme a conservé un pied utile avec lequel il marche et monte un grand nombre d'étages tous les jours. De plus, la résection sous-périostée des segments osseux a permis à des stalactites osseuses de se produire. La radiographie nous montre des malléoles reconstituées.

C'est là, comme je le disais, un très bel et très curieux exemple de ce que peut la conservation. A vrai dire, je pense que ce résultat doit plutôt être enregistré à titre de renseignement que comme exemple à suivre en règle générale.

Certes le résultat est très beau, certes le malade est très content d'avoir conservé son pied ; mais si on réfléchit qu'un appareil à tuteurs est absolument nécessaire au malade pour marcher, si on réfléchit qu'il existe un raccourcissement de la jambe de 10 centimètres, que la région du cou-de-pied, aujourd'hui absolument mobile et indolente, est cependant très irrégulière, traversée par des lignes cicatricielles adhérentes sur les côtés, que le pied est plat, légèrement déformé, un peu variqueux, on aura peut-être quelque inquiétude sur sa solidité dans l'avenir.

Si d'autre part on considère qu'il a fallu près d'un an pour obtenir ce résultat, on se demandera si, toute question de sentiment mise de côté, un bon moignon d'amputation de jambe au tiers inférieur avec un appareil qui ne serait pas un appareil à tuteurs latéraux, mais un pied articulé par exemple, n'aurait pas donné un

résultat aussi pratique et en un mois, et en faisant courir moins de risques au patient.

Pour moi je le crois. Mais je sais que tout homme est désireux de ne pas se diminuer, qu'il sera toujours content de conserver un pied même médiocre; aussi l'appréciation que je donne ici n'est-elle en aucune façon une critique du très beau cas qui nous a été présenté. Je voudrais seulement qu'on ne considérât pas ce résultat comme habituel et qu'on ne crût pas devoir le rechercher toujours.

Névralgie faciale. Résection du ganglion de Gasser,
par M. J. Bouglé.

Rapport par M. GÉRARD MARCHANT.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société une obervation de névralgie faciale traitée par la résection du ganglion de Gasser,

La malade C... (Angèle), femme G..., âgée de quarante ans, venue d'Angoulême à Paris, entre le 19 octobre à la Salpêtrière dans le service de M. Segond, que j'ai l'honneur de remplacer.

Le début de l'affection remonte à douze ans. La malade, qui jusque-là avait toujours été bien portante, fut prise de névralgie dentaire au niveau de la troisième molaire supérieure gauche, atteinte de carie profonde. Elle fit enlever cette dent, et comme les douleurs persistaient, son médecin lui conseilla de faire arracher les deux molaires voisines, d'ailleurs absolument saines. Ce sacrifice n'amena aucun soulagement, et, tout au contraire, les douleurs s'étendirent bientôt à toute la joue et au front du côté correspondant; peu à peu toute la face fut envahie.

Comme dans les cas analogues, on épuisa vainement toutes les ressources de la thérapeutique médicale. La malade prit successivement de l'antipyrine, de la quinine, du valérianate d'ammoniaque, de la belladone, de l'opium et de la morphine par la voie stomacale. On lui fit également des piqûres de morphine sans aucun résultat. Le traitement électrique, poursuivi pendant deux mois, après avoir semblé au début apporter quelque soulagement, fut bientôt complètement inefficace. Il en fut de même des pulvérisations de chlorure de méthyle et des mouches de Milan appliquées en différents points de la face. L'hydrothérapie, prise sous forme de douches, puis d'enveloppements dans un drap mouillé, n'eut pas plus de succès.

En désespoir de cause, on conseille à la malade de se faire opérer et c'est dans ce but qu'elle entre à la Salpêtrière.

Son état est le suivant : elle a le facies pâle, triste et inquiet des sujets atteints de névralgie faciale. Les téguments du côté douloureux, c'est-à-dire du côté gauche, ont leur aspect normal; il n'y a pas d'asymétrie faciale; les muscles ne paraissent pas atrophiés et se contractent comme du côté sain. On ne perçoit pas à leur niveau de contractions fibrillaires.

Les douleurs siègent sur tout le côté gauche de la face et s'arrêtent exactement sur la ligne médiane. En bas, elles ne dépassent pas le bord du maxillaire inférieur, sauf au moment des plus fortes crises; elles s'irradient alors vers le cou et le membre supérieur gauche. Le pavillon de l'oreille est douloureux. Au cuir chevelu, la névralgie s'étend d'avant en arrière jusqu'à une ligne menée de l'oreille au bregma.

Outre l'hypéresthésie cutanée, la malade éprouve des douleurs profondes dans les mâchoires, dans la langue et surtout dans l'œil. Celui-ci est d'aspect normal, la pupille se contracte régulièrement; il n'y a ni myosis ni mydriase. Les dents sont saines.

La névralgie présente les caractères suivants : sur un fond d'endolorissement permanent se greffent des crises douloureuses extrêmement fortes. Au début, ces crises revenaient seulement tous les deux ou trois mois et la malade avait remarqué qu'elles étaient moins fréquentes l'été que l'hiver. Depuis cinq ans, elles reviennent toutes les deux minutes. Ce sont des douleurs atroces, qui « passent comme des éclairs » et que la malade compare à des « coups de couteau ». Une sécrétion sudorale abondante accompagne les crises les plus fortes ; en même temps, la malade éprouve une sensation de constriction des mâchoires, mais on ne constate aucune déviation des traits, aucun tic. Le moindre mouvement, le moindre affleurement exagèrent les douleurs; la malade ne peut ni se débarbouiller, ni se coiffer. La mastication, la parole, la toux, l'expuition, sont également l'occasion de vives souffrances. Il existe une sensibilité extrême au froid. Au lit, les douleurs sont encore accrues, surtout au moment où la malade commence à s'endormir; néanmoins elle parvient à prendre quelque repos.

Les douleurs sont diffuses, profondes; la pression, au niveau des points d'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires et mentonier n'est guère plus sensible qu'ailleurs.

A la longue, cette femme est devenue nerveuse, impatiente, irritable, elle a perdu tout courage, et cependant ce n'est pas une névropathe; elle est intelligente, raisonne fort bien et ne présente aucun stigmate hystérique ou neurasthénique. Elle supplie seule-

ment qu'on la débarrasse de ses douleurs, préférant mourir plutôt que de rester dans cet état.

Le diagnostic est évident. Il s'agit d'une névralgie du trijumeau occupant ses trois branches.

En présence de l'étendue et de la diffusion de la douleur, j'ai pensé que les résections nerveuses périphériques qui ont soulagé bien des malades dans des cas moins accentués et moins invétérés, n'avaient aucune chance de réussir dans l'espèce et je songeai à faire d'emblée la résection du ganglion de Gasser.

La malade fut prévenue du danger de l'opération, des troubles qui en résulteraient pour la mastication, et de la possibilité de la perte de l'œil gauche. Néanmoins, elle l'accepta avec empressement, demandant à ce qu'elle soit faite le plus tôt possible.

Opération le 23 octobre 1900. Anesthésie au chloroforme. J'employai la voie temporo-sphénoïdale, c'est-à-dire le procédé Doyen-Quénu-Sébileau-Poirier, en suivant exactement la technique proposée par M. Poirier à la Société de chirurgie dans la séance du 8 juillet 1896. Je n'insisterai pas sur tous les détails de l'opération si complètement exposés dans le travail de MM. Gérard Marchant et Herbet (1) en 1897. J'eus à pratiquer la ligature de l'artère temporale superficielle et celle de la maxillaire interne. Tous les temps préliminaires m'ont paru faciles, et, en particulier, le suintement sanguin veineux résultant de la désinsertion et du refoulement du muscle ptérygoïdien externe a été promptement arrêté par le tamponnement.

Je signalerai seulement en passant, et après M. Poirier, l'efficacité de l'écarteur malléable pour soulever le cerveau enveloppé des méninges.

Ayant fait sauter à la pince gouge la voûte ptérygoïdienne jusqu'au trou ovale et voulant me donner du jour en avant pour bien exposer la région du ganglion de Gasser, j'eus l'impression d'avoir entamé la paroi du sinus sphénoïdal, dont la muqueuse apparut sur une étendue d'ailleurs très faible. Cette impression a été confirmée dans les jours qui suivirent l'opération, la malade ayant mouché un caillot peu volumineux le troisième jour.

M. Jacob (2) est le seul, je crois, à avoir signalé la possibilité de cet accident, et cependant, sur le cadavre, il m'avait semblé comme à lui que la faute était facile à commettre, pour peu que le sinus présente (ce qui est fréquent) un prolongement anormal qu'il nomme *prolongement alaire* et qui occupe la base de la grande aile

(1) *Revue de chirurgie*, 1897, p. 287.
(2) Jacob. *Presse médicale*, 4 juillet 1900, p. 3.

du sphénoïde. On comprend le danger d'infection qui résulterait de l'ouverture du sinus sphénoïdal dans la plaie; dans le cas particulier, prévenu de la possibilité de l'accident, je m'arrêtai sitôt que j'aperçus la muqueuse; celle-ci ne fut pas perforée et seulement un peu contusionnée. La preuve est que la malade ne présenta pas le moindre signe d'infection.

Après avoir isolé les nerfs maxillaires inférieur et supérieur, j'en pratiquai la section à l'aide de ciseaux fins, courbes et mousses. Saisissant alors le bout central du nerf maxillaire inférieur avec une pince de Kocher, je me mis en devoir de mettre le ganglion à nu. Ce dernier temps seul présenta une certaine difficulté pour deux raisons : le champ opératoire était constamment masqué par du sang noir provenant des veinules rompues en décollant la dure-mère de la base du crâne; de plus, le ganglion enveloppé dans un dédoublement de la dure-mère était entraîné en haut par l'écarteur soulevant le cerveau. Pour faciliter l'isolement du ganglion, contrairement à ce qu'on a dit, je pense qu'il vaudrait mieux ne pas couper tout de suite les nerfs maxillaires et surtout l'inférieur. Le ganglion serait ainsi maintenu tendu et sa mise à nu serait plus aisée.

La pince placée sur le ganglion ayant dérapé plusieurs fois, il fut enlevé par fragments; finalement, ayant fait une meilleure prise, je pus voir nettement le tronc du trijumeau afférent au ganglion, et le sectionnai. La branche ophthalmique a été sans doute arrachée à ce moment sans que j'aie pu la voir d'une façon précise. Fermeture. Drainage.

Le plus volumineux fragment du ganglion de Gasser enlevé en dernier lieu avait été mis de côté pour être examiné histologiquement. Malheureusement, on ne tint pas compte de ma recommandation et, après avoir séjourné à sec dans une compresse de toile, il fut remis seulement vingt-quatre heures plus tard à mon ami, le D[r] Claisse, chef du laboratoire du service. Un tel mode de conservation n'était guère favorable à l'examen histologique. Aussi, le D[r] Claisse put-il reconnaître seulement la présence du tissu nerveux sans obtenir de préparation démonstrative.

Les suites opératoires furent simples. Le pouls ne s'éleva jamais au-dessus de 90 et oscilla autour de 80. La température monta le troisième jour à 37°6 et le reste du temps ne dépassa pas 37°2. Lorsque la malade se réveilla, les douleurs de névralgie avaient totalement disparu, si bien que, dès la seconde nuit, la malade put dormir plus qu'elle ne l'avait fait depuis plusieurs années. Pendant quelques jours, la malade présenta un certain degré de dépression nerveuse; bien que ne souffrant plus, elle était par moments triste et prête à pleurer; puis peu à peu les forces revin-

rent et la malade put prendre davantage de nourriture, sous la forme liquide, naturellement. Au huitième jour, la malade se levait; les crins de Florence étaient supprimés. L'orifice du drainage se ferma lui-même quelques jours plus tard.

Malgré les soins pris pour le désinfecter et pour le protéger, dès le troisième jour, l'œil, complètement insensible, présentait un aspect terne à sa surface. Puis survient du chémosis, de l'hypopion, et la vue fut momentanément complètement abolie du côté gauche. A droite, la malade se plaignit pendant quelques jours d'avoir la vue un peu trouble, puis tout rentra dans l'ordre de ce côté.

Les troubles trophiques et les accidents septiques de l'œil gauche persistèrent pendant un temps plus long, caractérisés par la suppuration de la conjonctive, un ulcère superficiel de la cornée, un état trouble des milieux de l'œil et une diminution notable de la tension intra-oculaire. La pupille réagit bien à la lumière et la malade distingue la lumière de l'obscurité.

Quatre semaines après l'opération, la malade demande à quitter l'hôpital pour retourner dans son pays. L'état est le suivant au moment de son départ : les douleurs sont toujours complètement abolies et à ce point de vue l'opération a donné le résultat cherché. La sensibilité tactile, qui avait totalement disparu dans toute la moitié gauche de la face, tend à revenir vers la joue et l'angle de la mâchoire. La bouche est un peu déviée vers le côté sain, la cicatrice est très bonne, il n'existe aucun gonflement à son niveau, et seulement un peu d'œdème de la joue au voisinage du trou mentonnier. La malade peut écarter les incisives d'environ un centimètre sans éprouver la moindre douleur. L'état de l'œil gauche s'améliore, la suppuration conjonctivale est moins abondante, et la vue tend à revenir; je recommande à la malade de continuer les instillations d'atropine, les lavages et l'occlusion de l'œil. J'ai eu de ses nouvelles le 3 décembre; la vue s'améliore, elle distingue des objets à la distance de 40 centimètres, mais se plaint de quelques troubles de la mastication.

En résumé, le résultat immédiat est très satisfaisant. Que penser de l'avenir? Les statistiques fournies par les chirurgiens sont très favorables. MM. Gérard Marchant et Herbet ne relèvent que quatre cas de récidive après l'extirpation du ganglion sur soixante-deux opérations, défalcation faite des treize cas de mort post-opératoire. Il faut avouer que nous ne rencontrons pas la même confiance dans l'opération auprès des médecins, et en particulier auprès de l'école de la Salpêtrière. Pour eux, la névralgie faciale est pour ainsi dire toujours d'origine centrale et la récidive post-opératoire est à peu près fatale.

Quand bien même cette récidive devrait survenir à échéance plus ou moins longue, je pense qu'en présence d'un cas comme celui que je viens de rapporter, et dans lequel on a consciencieusement essayé de soulager la malade par tous les moyens possibles sans y parvenir, notre devoir est de proposer une opération, grave assurément, mais dont la gravité diminue tous les jours, puisque cette opération améliore presque constamment l'état des malades et les guérit parfois complètement. »

L'observation de M. Bouglé mérite de fixer notre attention.

Quelques-uns de nos collègues qui ont pris part à la discussion qui a eu lieu ici en octobre 1898, sur le traitement chirurgical de la névralgie faciale, pourront reprocher à M. Bouglé d'avoir entrepris la résection du ganglion de Gasser avant d'avoir essayé les opérations extra-craniennes bénignes, telles que la résection du bord alvéolaire, résection du ganglion de Meckel, et du nerf maxillaire supérieur, voire même la résection du grand sympathique cervical, qui a été exécutée en pareil cas.

A cette objection, M. Bouglé répond que les trois branches du trijumeau étaient atteintes, que l'œil lui-même était douloureux, et qu'aucune résection partielle ne lui semblait logique.

Cette réponse ne satisfera pas M. Guinard, *qui donne comme première conclusion à son mémoire « qu'on ne doit pas conclure de l'irradiation des douleurs à toute la zone innervée par le trijumeau, que les opérations extra-craniennes portant sur une seule de ses branches seront inefficaces »*.

J'avais conclu en 1897, dans mon mémoire fait en collaboration avec Herbet, « que lorsqu'une névralgie a atteint les trois branches du trijumeau, qu'elle a résisté à toutes les méthodes thérapeutiques médicales variées, successivement, patiemment et longuement essayées, que même les procédés chirurgicaux simples tels que les sections ou résections portant sur les branches terminales nerveuses sont restées infructueuses, c'est dans ces conditions qu'on sera autorisé à proposer la résection du ganglion de Gasser ».

Il faut donc toujours faire *cet essai loyal*, en sachant qu'en pareil cas il est souvent inefficace. J'ai traité à Tenon, puis à Boucicaut, une femme de quarante ans, atteinte d'une névralgie faciale rebelle. La résection du ganglion de Meckel étant restée sans effet, j'ai pratiqué la résection du grand sympathique au cou. Au moment de sa sortie, notre opérée souffrait encore beaucoup; j'ai eu de ses nouvelles ce matin même, les douleurs persistent, et, si elle revient me voir, il n'y aura plus qu'une ressource : la résection du ganglion de Gasser.

Au cours de son opération, M. Bouglé a blessé le sinus sphénoïdal. Cet accident est possible, surtout lorsqu'on se donne du jour en avant. Cette échappée peut avoir des conséquences funestes au point de vue de l'infection de la plaie, et, pour l'éviter, il ne faut pas dépasser les limites du trou ovale.

Il est regrettable que le ganglion de Gasser enlevé par M. Bouglé n'ait pas été conservé et surtout examiné. C'est là un critérium que nous avons toujours réclamé sans pouvoir en fournir la preuve nous-même.

Les lésions observées du côté de la cornée, et les accidents consécutifs, prouvent d'ailleurs que cette extirpation a été complète.

M. Bouglé pouvait-il éviter cette ulcération cornéenne? Cette question est encore controversée, mais nous répéterons ici ce que nous écrivions en 1897 dans le mémoire déjà cité : « La plupart des opérateurs ne font aucun traitement primitif, se contentant simplement de surveiller l'œil, de manière à traiter dès le début les complications, s'il s'en produit. »

Il faut faire quelque chose de plus. A l'exemple de Krause, on atropinisera l'œil avant l'opération, et pendant les premiers jours on placera sur cet œil un pansement occlusif. Chaque jour, ce pansement sera levé pour permettre un pansement boriqué, suivi de l'instillation de quelques gouttes d'atropine. Certains vont même plus loin et suturent les paupières, soit en totalité, soit seulement dans leur partie moyenne, laissant libres les coins pour le lavage, etc. (1).

Ces ulcérations ne seront d'ailleurs que temporaires chez la malade de M. Bouglé, et lorsque nous avons revu son opérée, en janvier 1901, la cornée était moins opaque et la vue moins gênée.

La malade de M. Bouglé est-elle définitivement guérie? Nous l'espérons, mais il sait comme nous que les guérisons peuvent n'être que temporaires. Je l'invite à nous présenter son opérée dans quelques mois, comme j'ai pris soin de le faire moi-même en pareille circonstance.

Ces quelques remarques n'enlèvent rien du grand intérêt de l'observation de M. Bouglé; elle mérite d'être publiée *in extenso* dans nos bulletins, et, après avoir remercié M. Bouglé, je lui souhaite de devenir bientôt notre collègue à la Société de Chirurgie.

(1) *Revue de chirurgie*, avril 1897, p. 305.

Communications.

Sur quelques symptômes et signes, et en particulier du réflexe pyélo-vésical et urétéro-vésical, comme moyens de diagnostic des lésions suppuratives du rein,

par M. BAZY.

Le diagnostic des lésions du rein par les moyens cliniques habituellement décrits peut être, dans quelques circonstances, fort difficile; il peut l'être autant en employant les moyens extraordinaires, quand ceux-ci peuvent être utilisés, et ils ne peuvent pas l'être toujours; même quand on les emploie, les renseignements qu'ils nous fournissent n'ajoutent pas grand'chose à la somme de ceux que nous possédons déjà, ce qui fait qu'on n'a pas à regretter de ne pas les employer. Ces moyens extraordinaires n'étant pas à la portée de tout le monde et étant souvent impraticables, même entre des mains exercées, et étant insuffisants, il faut donc multiplier les moyens cliniques pratiques, pouvant être facilement utilisés par tous.

C'est à ce titre que je viens appeler l'attention sur deux signes que je n'ai pas vus signalés par ceux qui ont traité la question, sur lesquels depuis longtemps j'appelle l'attention de mes élèves, et dont on peut vérifier l'exactitude quand on le voudra.

La question se pose de la manière suivante :

Étant donné un ensemble de symptômes rappelant tout à fait ceux de la cystite, c'est-à-dire pollakiurie, douleur terminale, urines troubles, existant depuis un certain temps, est-il facile de faire le diagnostic? Peut-on facilement dire : il n'existe que de la cystite, ou bien il y a de la cystite et en même temps de la pyélo-néphrite, ou il n'existe que de la pyélo-néphrite seule, les phénomènes vésicaux n'étant que réflexes ou sympathiques?

Sans doute, dans beaucoup de circonstances, ce diagnostic est facilité par la constatation, dans les antécédents ou dans l'état actuel, de phénomènes douloureux du côté des reins, soit spontanés, soit provoqués, d'accidents fébriles; on peut constater l'hypermégalie du rein, ou encore le dépérissement de la santé générale. Mais ces symptômes n'ont pas toujours une netteté telle qu'on puisse s'en contenter; il faut alors faire appel à d'autres symptômes; c'est pourquoi je me permets d'appeler l'attention sur les suivants :

Quand on fait la palpation bimanuelle du rein, on ne détermine pas toujours une douleur quand celui-ci est légèrement atteint ou

que seul le bassinet l'est. Or, dans ces cas, on peut quelquefois, en pressant la paroi abdominale antérieure, un peu à côté de la ligne médiane, à 2 ou 3 centimètres en dehors d'elle, déterminer une douleur, et cette douleur irradie quelquefois vers l'épigastre ou même la poitrine du côté opposé ; cette irradiation n'a pas de valeur, mais, quelquefois aussi, elle irradie vers la vessie, s'accompagnant du besoin d'uriner. C'est une irradiation analogue à celle de la colique néphrétique, et elle a alors la valeur de celle qu'on remarque dans la colique néphrétique ; seulement, ici, c'est une irradiation provoquée.

J'ai appelé cette douleur ou ce réflexe le réflexe *pyélo-vésical*, et non réno-vésical, pour bien indiquer son point de départ et aussi sa valeur.

Je dois dire qu'il est assez rare.

Celui dont je vais vous parler, au contraire, est très fréquent, je pourrais dire constant.

Il est plus facile à constater chez la femme que chez l'homme ; c'est même la facilité et la netteté de cette constatation chez la femme qui lui donne une si grande valeur. On peut aussi le transporter chez l'homme, où il acquiert ainsi une valeur très grande et permet de changer en certitude ce qui, chez lui, n'aurait été qu'une hypothèse.

Celui-ci, je l'appelle *urétéro-vésical*.

Voici en quoi il consiste.

Quand on pratique le toucher vaginal chez la femme, la vessie étant vide, si on explore la face inférieure de cette vessie, on détermine, dans un point de cette paroi, une sensation ou pénible ou douloureuse, ou bien une envie douloureuse d'uriner.

Ce point, où la pression réveille cette douleur, ce besoin d'uriner, correspond à l'embouchure de l'uretère dans la vessie.

Quand un seul rein est pris, on ne l'a que d'un côté ; quand les deux sont pris, on l'a des deux côtés.

J'ai dit qu'il correspondait à l'embouchure de l'uretère, parce que, dans les cas où l'uretère est perceptible au doigt, on peut suivre cet uretère, et c'est dans le point où on cesse de le sentir qu'on détermine cette sensation particulière ; de sorte que, quand l'uretère est difficilement perceptible, la constatation de la douleur dans ce point suffit seule à affirmer l'existence d'une lésion urétérale, et, par suite, pyélitique.

Quand la vessie n'est pas atteinte de cystite, ce qui arrive fréquemment, on ne constate que ce point douloureux, et on ne trouve pas le point douloureux si fréquent ou plutôt si constant dans la cystite, et dans la cystite du col : celui qui siège au niveau

du col vésical, vers l'extrémité postérieure de la colonne antérieure du vagin.

Quand, au contraire, la vessie est seule en cause, c'est le col seul qui est douloureux à la pression et la région des orifices urétéraux est indolente.

Ces constatations sont faciles à faire chez la femme; elles le sont beaucoup moins chez l'homme, parce que l'orifice de l'uretère est beaucoup plus haut situé et que ses rapports avec les vésicules séminales et le canal déférent peuvent permettre la confusion. Je veux dire qu'on ne peut pas aussi facilement sentir l'uretère chez l'homme que chez la femme, mais la constatation du point douloureux peut suffire chez l'homme comme chez la femme.

Ce signe particulier est d'autant plus précieux qu'il est fourni par un point facilement accessible de l'uretère et que la lésion du rein peut être, au contraire, difficilement constatée par un examen portant sur la région qu'il occupe, soit 1° que ce rein soit petit, 2° qu'il ne soit pas douloureux ou qu'il le soit d'une façon douteuse, 3° que la paroi abdominale soit trop épaisse, 4° que le foie déborde trop ou soit lui-même douloureux.

Toutes ces éventualités que je viens d'envisager, je les ai rencontrées, et c'est grâce à ce signe, surtout valable et facile chez la femme, que j'ai pu arriver à faire un diagnostic exact chez mes malades; c'est grâce à ce signe et aussi à d'autres que nous allons voir, que j'ai pu expliquer à des collègues l'inanité de leurs efforts dans le traitement d'une suppuration urinaire dont ils croyaient la vessie seule responsable, et leur faire partager ma conviction, que les événements ont justifiée.

Parmi les autres signes, j'appellerai votre attention sur un que je considère comme très important et sérieux, et que j'appellerai le *signe de Bouchard*; il ne permet pas, comme le précédent, de diagnostiquer la bilatéralité ou l'unilatéralité des lésions; il permet de reconnaître si le pus qu'on trouve dans l'urine a une origine exclusivement vésicale ou une origine rénale.

Voici en quoi il consiste :

On verse dans un tube de verre une certaine quantité de l'urine à examiner. Puis on y verse goutte à goutte de la liqueur de Fehling, de façon à avoir un liquide bleu pâle ou vert. (Ce liquide est en même temps gélatineux.)

Cela fait, on imprime au tube une brusque secousse, de façon à agiter le liquide; si le pus vient de la vessie, on ne voit rien.

Si le pus vient du rein, on voit, emprisonnées dans le liquide et surtout vers le haut, de fines gouttelettes de gaz.

On chauffe alors, et si le pus est vésical, le coagulum qui se forme tombe au fond du tube.

S'il vient du rein, il s'élève et monte à la surface comme un crachat, ce qui tient à ce que ce coagulum a emprisonné des globules d'air qui le rendent plus léger.

Un autre signe, c'est la fréquence des mictions par rapport au trouble de l'urine et à la douleur des mictions, autrement dit le défaut de concordance entre le symptôme fréquence et le symptôme douleur.

Quelquefois même la douleur fait défaut et le symptôme fréquence seul existe.

Enfin, un autre symptôme qui me paraît avoir une certaine importance, c'est la pollakiurie nocturne. Il a d'autant plus d'importance qu'on l'observe chez un homme jeune et, à plus forte raison, chez la femme.

Telles sont les considérations que je voulais vous soumettre.

Je n'ai pas eu la prétention de passer en revue ici tous les symptômes des lésions suppuratives du rein ou des bassinets; j'ai voulu simplement attirer l'attention sur quelques signes dont quelques-uns sont peu ou pas connus. La plupart sont communs aux lésions bilatérales; deux d'entre eux sont symptomatiques de lésions unilatérales, et, à ce titre, méritent de nous arrêter; leur constatation pourra, le plus souvent, dispenser les malades d'autres manœuvres douloureuses et dangereuses, et presque toujours, sinon toujours, inutiles.

L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne,

par M. TUFFIER.

Je vous ai présenté, il y a dix-huit mois (1), une série de malades opérés d'affections du membre inférieur et de l'abdomen sous l'analgésie cocaïnique suivant mon procédé. Si je n'ai pas repris devant vous cette question, c'est que le nombre des faits n'était pas suffisamment démonstratif et que bien peu de mes collègues avaient l'expérience de ce mode d'analgésie; je me serais exposé à provoquer un débat où les diatribes, les charges à fond et les défenses brillantes auraient tenu lieu d'observations et de faits démonstratifs. Il en est autrement aujourd'hui: j'ai pratiqué 400 opérations, et un certain nombre d'entre vous ont bien voulu expérimenter ce procédé, nous pouvons donc le discuter.

La présente communication portera sur deux points : 1° la *justification de la technique que j'ai adoptée* et plusieurs fois déjà

(1) Th. Tuffier. « Analgésie par injection cocaïnée dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire. » *Soc. de chir.*, 29 nov. 1899.

exposée (1); 2° la *réponse à quelques objections qui m'ont été formulées.*

*
* *

C'est à Léonard Corning que revient le mérite d'avoir, le premier, analgésié un homme par voie rachidienne. J'ai lu ses différents mémoires, j'ai suivi ses discours à la Société des chirurgiens de New-York (2). Si je n'approuve pas la forme que nos collègues américains ont donnée à leur violente campagne en faveur de leur compatriote, je reconnais le bien fondé de leur réclamation. Corning a vu l'analgésie, ses limites, son étendue, les phénomènes qui l'accompagnent; il a indiqué son application chirurgicale, vous ne pouvez lui tenir rigueur de ne l'avoir pas mise en pratique : il est médecin neuro-pathologiste. Ses mémoires sont restés ignorés sur les rayons des bibliothèques universitaires; combien d'autres découvertes ont eu le même sort? Nous n'avons pas à nous occuper ici, et cela est bien heureux, des tons plus ou moins aigres de la presse; nous ne devons pas nous laisser influencer par le flot des publications allemandes, et, sans craindre « d'encourir les ironies des journaux d'outre-Rhin », l'exactitude des faits nous oblige à reconnaitre que le nom de Corning est inséparable de l'analgésie cocaïnique par voie rachidienne.

Le grand mérite de Bier (3) a été d'injecter de parti pris la solution cocaïnique dans le liquide céphalo-rachidien et de pratiquer 6 opérations sous cette analgésie. J'ai rapporté ces faits *in extenso* avant toute publication de ma part. Mais si j'avais dû suivre la

(1) Th. Tuffier. « Anesthésie médullaire chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne; technique et résultats. » *Sem. médic.*, 16 mai 1900, n° 21, p. 167.

Id. « L'anesthésie médullaire en gynécologie. » *Revue de gynécol. et de chir. abdomin.*, 1900, fasc. 4, p. 683.

Id. « De l'anesthésie médullaire par injection de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire. » *XIIIe Cong. internat. de méd. Paris*, août 1900.

Id. « Un mot d'histoire à propos de l'analgésie chirurgicale par voie rachidienne. » *Presse médicale*, 7 nov. 1900, n° 92, p. 323.

Id. « Analgésie cocaïnique par voie rachidienne. » *Sem. médic.*, 12 déc. 1900, p. 423.

(2) Corning. Spinal anœsthesia and local medication of the cord. *New-York med. Journ.*, 1885, vol. XLII.

Id. « Local anœsthesia ». *Appleton*, 1886.

Id. Médical Record 1888, vol. XXXIII, p. 291.

Id. Pain. *Lippincott*, 1894.

Id. « Some conservative jokings a propos of spinal anœsthesia. » *Medic Record*, 20 oct. 1900.

(3) Bier. « Ueber Cocaïnisirung des Rückenmarks .» *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1899, t. 41, p. 361.

technique de notre collègue de Greifswalde, jamais je n'aurais osé pratiquer l'analgésie par voie rachidienne, et je comprends qu'il en dise lui-même « qu'avec une technique obscure et incertaine encore, les injections lombaires donnent une sécurité moindre que nos anesthésiques ordinaires ». Je crois que nous n'en sommes plus là.

Voici les points principaux qui justifient ma technique :

Le malade doit être analgésié en dehors de la salle d'opération. La vue des assistants et de tout l'appareil indispensable à une opération est toujours fort effrayante et, en tout cas, elle provoque chez un malade qui doit être opéré une sensation pénible qui ne peut que lui être défavorable. Les *instruments* nécessaires sont une *seringue* banale stérilisable fonctionnant bien et une *aiguille* spéciale. Je crois dangereux de se servir d'un trocart, surtout volumineux, comme le faisaient Corning et Bier, et voici pourquoi : la ponction au trocart est aveugle ; l'instrument, pénétrant dans la région lombaire, ne nous indique jamais si nous sommes dans le sac sous-arachnoïdien ; il faut à tout instant enlever le poinçon en laissant le mandrin, et cela n'est vraiment pas pratique. Le *volume* de l'instrument est un danger plus grand encore : l'orifice qu'il pratique dans la dure-mère est assez notable pour que, le mandrin retiré après l'injection, le liquide céphalo-rachidien ou la cocaïne s'écoule par cet orifice. Cela est si vrai que ces auteurs laissaient leur trocart en place pendant les dix minutes nécessaires à l'action de la cocaïne sur les nerfs rachidiens.

L'aiguille employée doit donc être *capillaire*. Le *biseau* qui la termine ne doit pas être trop long, parce que sa lumière pourrait alors se trouver à cheval sur la dure-mère, son extrémité plongeant dans le liquide céphalo-rachidien et le reste étant en dehors de la cavité, si bien qu'au moment de l'injection du liquide une partie passerait dans le liquide céphalo-rachidien et l'autre en dehors de la dure-mère. Si le biseau est trop court, il joue le rôle d'un emporte-pièce et, pendant sa pénétration, emporte dans son intérieur du tissu graisseux qui obture sa lumière. J'ai essayé d'éviter ces deux inconvénients extrêmes sans prétendre avoir trouvé la perfection.

La *solution* à employer est une solution de *chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100*. J'ai successivement expérimenté le sérum artificiel plus ou moins condensé, les solutions de cocaïne à titre inférieur, l'eucaïne, la tropacocaïne ; voici les résultats qu'ils m'ont donnés. Le *sérum artificiel*, même condensé (14 p. 1.000), à dose de 1 gr. de solution, ne provoque aucune analgésie. — Les solutions *d'eucaïne* ont tous les inconvénients de la cocaïne avec

un pouvoir analgésiant minimum. — La *tropacocaïne*, que Merck (de Darmstadt) m'avait demandé d'essayer sur la recommandation de mon collègue et ami Schwarz (d'Agram), possède un pouvoir analgésiant trop faible. — J'ai également employé des *solutions isotoniques* au liquide céphalo-rachidien : elles sont moins actives et n'amendent en rien les troubles nerveux. — Enfin, je me suis demandé si, en *augmentant la densité de la solution analgésiante*, on ne pourrait pas limiter d'une façon plus précise son action et provoquer, par exemple, une *analgésie localisée à un seul membre*. Pour cela j'ai employé la cocaïne dissoute dans une solution de chlorure de sodium, de densité supérieure à celle du liquide céphalo-rachidien. J'ai pu ainsi, en laissant les animaux dans une certaine position, et, dans un cas sur l'homme maintenu assis pendant quelques minutes après la piqûre, obtenir, par une injection faite à gauche, une analgésie limitée au membre inférieur gauche que je devais opérer. Mais les phénomènes généraux de cocaïnisation ne sont pas modifiés par ces solutions, et j'ai abandonné mes recherches de ce côté; elles nécessitent une technique trop compliquée pour le bénéfice qu'elles donnent. Les solutions de chlorhydrate de cocaïne à *1 p. 200 ou 1 p. 100* donnent une analgésie, mais elle est insuffisante comme durée et comme étendue. Pour obtenir des effets valables, il faut donc employer des quantités de solution trop considérables et on modifie ainsi la tension intra-rachidienne dans des proportions que je crois dangereuses. C'est pourquoi je me suis arrêté au titre de 2 p. 100.

La *ponction* doit être faite au niveau de la *ligne bi-crête-iliaque*. L'espace sacro-lombaire où, à la suite de Quincke, on ponctionnait et on injectait, est une zone dangereuse. C'est à son niveau que les vaisseaux du filum terminale ont le plus de chance d'être lésés (1). De plus, cet espace est quelquefois difficile à préciser lorsque le tissu graisseux est très développé, enfin cet espace est situé trop bas quand on veut agir sur l'abdomen. C'est pourquoi j'ai donné le repère de la ligne horizontale bi-crête-iliaque et recommandé de faire asseoir le malade pour augmenter l'interstice des lames vertébrales.

Je passe sur les *difficultés* de cette technique : elles n'existent pas. Les médecins font tous les jours des ponctions lombaires dans un but diagnostic; et vraiment, si un chirurgien est obligé de cribler de coups d'aiguille le dos de son sujet pour pénétrer dans le rachis, il est certain qu'il fera mieux de chercher ailleurs un champ d'exercice après avoir avoué son infériorité sur ses col-

(1) Henneberg. (*Berl. klin. Wochensch.* 1900, n° 13, p. 289.)

lègues de médecine. La ponction est facile, tous nos collègues la font couramment ; et quand elle aura pris rang parmi les exercices de médecine opératoire, personne ne contestera la simplicité de ma technique.

La ponction faite, le *liquide céphalo-rachidien s'écoule d'une façon différente* suivant les cas, et cette différence présente un réel intérêt. Il peut couler en bavant ou sortir en jet. J'ai remarqué et j'ai signalé dans mes premiers mémoires que plus la tension intra-rachidienne est élevée, plus l'analgésie est simple, parfaite, sans accidents immédiats ni consécutifs.

Dès que le liquide s'écoule, l'injection doit être pratiquée, *très lentement* (plus d'une minute pour 1 gramme de liquide), afin de réduire au minimum les modifications dans la tension intra-rachidienne. La perte du liquide est fort importante. Vous savez que Bier, dans son expérience sur lui-même, se servant d'un instrument volumineux, perdit brusquement son liquide céphalo-rachidien et, sans avoir reçu de cocaïne, présenta des troubles nerveux pénibles et persistants pendant plusieurs jours. Lorsque l'injection est faite rapidement, la diffusion de l'analgésie est plus étendue et remonte plus haut.

L'analgésie *débute* généralement par les *extrémités des membres inférieurs*, quelquefois par les *organes génitaux*. Mes élèves m'avaient fait remarquer cette dernière particularité et mon collègue Vulliet (de Lausanne) m'en a fourni l'explication anatomique, en montrant que la piqûre correspondait exactement au passage des nerfs de la région. Elle remonte jusqu'à l'épigastre, et, avec une vitesse d'injection plus grande et une dose de 3 centigrammes, j'ai toujours pu agir sur les 2/3 supérieurs du thorax.

La technique que j'ai décrite a d'ailleurs été adoptée par la presque unanimité des chirurgiens et des accoucheurs.

*
* *

Les *inconvénients de la méthode* ont été longuement signalés dans mes différents travaux. Ils ont même fait l'unique objet de ma communication au Congrès international. Les *vomissements* pendant l'opération, la *céphalée* post-opératoire constituent les deux principaux accidents (1). Je laisse le soin à mes collègues de les développer et je ne veux envisager ici que les deux contre-

(1) Je n'accepte pas l'épithète de *méningisme*, dont la désinence n'a d'autre but que d'effrayer. S'il existe une céphalée, nous savons qu'elle disparaîtra sans laisser aucune trace et son importance après une opération est bien moins grave pour l'opéré que les vomissements chloroformiques qui secouent un champ opératoire dont l'immobilité est nécessaire à la guérison. Cette céphalalgie n'est pas plus symptomatique d'un méningisme que les vomissements chloroformiques ne témoignent d'un péritonisme.

indications qui pourraient en résulter et qui tiendraient ou à leur *gravité définitive*, ou aux *dangers de mort*. Je ne connais pas un seul fait d'*accident nerveux* quelconque, et à plus forte raison de *lésion nerveuse* persistante, apparaissant consécutivement à ce mode d'analgésie. Les troubles qui l'accompagnent sont donc essentiellement passagers et disparaissent sans laisser aucune trace. C'était là le premier fait à bien établir. Mais, je tiens à bien le préciser, je n'entends parler ici que des cas où l'injection a été faite *suivant les règles que j'ai formulées*.

S'il plaît à un chirurgien de ponctionner le canal à l'aveugle avec un trocart et un trocart de moyen volume, comme Bier, s'il lui plaît de laisser perdre au malade une quantité notable de liquide céphalo-rachidien, s'il injecte rapidement la solution cocaïnée, ou s'il change la dose ou le titre de l'analgésique, je ne suis pour rien dans ses échecs, et les accidents qu'il observera ne peuvent entacher la méthode que je défends. Je ne prends donc la responsabilité que des anesthésies pratiquées suivant ma technique — et le fait a, comme vous l'allez voir, une importance très grande.

J'arrive au point capital de cette question. La *mortalité* par analgésie rachidienne est-elle plus considérable que celle qui est due à l'anesthésie cérébro-spinale? Vous pourriez vous laisser émouvoir par les chiffres qui vous seraient très habilement présentés, chiffres qui sont inexacts : je dois donc serrer de près la question.

Pour pouvoir discuter, précisons bien exactement les termes. La mortalité due au chloroforme est, dit-on, en moyenne, de 1 p. 2.500, la mortalité par l'éther est de 1 p. 7.000. J'accepte ces chiffres, mais je vous prie de bien examiner leur valeur. Ils signifient que pendant l'opération *1 malade sur 2.500 meurt et meurt sous le couteau*, dans la salle d'opération; dès l'instant où l'opéré est placé dans son lit et qu'il a ouvert les yeux, l'anesthésique est absous de tous les accidents ultérieurs. Or croyez-vous que l'empoisonnement général provoqué par l'agent anesthésique ait pour cela pris fin, croyez-vous que les perturbations organiques d'ordre congestif du côté des viscères et en particulier du côté des reins pour le chloroforme, du côté du poumon s'il s'agit de l'éther, n'auront aucune part dans les suites opératoires ou dans l'issue fatale? C'est ce que M. Reclus a laissé dans l'ombre. Si telle était votre impression, ce serait à moi de vous mettre en garde contre un dangereux optimisme, et de vous crier gare, ce serait à moi de m'étonner que ces « catastrophes » ne vous aient pas été signalées alors que Schultze, sur 4.919 éthérisations, relève, pour les seules complications pulmonaires, 18 pneumonies, dont 9 mortelles, soit presque 20 p. 100. Pour ma part j'évite le chloroforme dans les

cas où je crains une insuffisance rénale, et je n'emploie jamais l'éther si des lésions actives ou passives du poumon sont à craindre. La mortalité par anesthésie générale doit donc être considérée pendant l'opération et après l'opération. Hors de là, sa statistique est nulle ou non avenue, et cette statistique ne nous a pas été fournie.

Mettons en regard la mortalité par analgésie rachidienne et soumettons-la à ce double critérium. Je veux d'abord vous faire remarquer que le chiffre de 2.000 opérations est illusoire : il se pratique chaque jour par centaines des cocaïnisations médullaires; je reçois des mémoires de tous les pays et je serais actuellement incapable de faire le dénombrement exact des faits; jai cité le nombre de 1.300 opérations pratiquées par mes élèves français ou étrangers ou par moi-même parce que je suis certain que l'anesthésie a été effectuée là suivant la technique que j'ai établie, mais je ne puis faire entrer en ligne de compte des observations absolument inutilisables puisque je ne sais quel procédé a été suivi. Quant à vouloir que les chirurgiens qui analgésient par le rachis soient « plus timides ou plus paresseux », dans leur aveu d'insuccès, que ceux qui se servent de l'éther ou du chloroforme, c'est là un pauvre argument et plus philosophique que chirurgical. Je ne veux même pas le discuter. Enfin, j'ajoute qu'il s'agit d'une méthode nouvelle qui devait payer son tribut; voyons, sans aucun parti pris, ce qu'il a coûté.

Depuis son avènement, la mortalité de la cocaïnisation rachidienne pendant l'opération, celle qui entre seule en ligne de compte dans la mortalité par anesthésie générale, est égale à 0. Tous les cas de mort qui lui ont été imputés appartiennent à la seconde catégorie, celle qui tue 2 p. 1,000 des éthérisés : mort après l'opération. Voyons ces cas, et je vais pour cela suivre M. Reclus, qui a dû les collectionner et les classer avec un soin jaloux, puisqu'il en fait la pierre angulaire de son discours, puisque, dans sa chaude attaque, il les réserve pour le dernier assaut qui doit entraîner la conviction et provoquer la déroute finale. Six morts sur 2.000 cas, nous dit-il; eh bien, je prends les six cadavres qu'il nous présente et j'en fais l'autopsie.

Deux d'entre eux ont laissé M. Reclus lui-même dans le doute : celui de Julliard et le mien que j'ai déjà publié quatre fois. Voyons maintenant les autres qui constituent des preuves irréfutables :

Premier sujet. — (Observation de Henneberg (1), et non Heumberg comme a écrit M. Reclus.)

(1) Henneberg. *Comptes rendus de la Société berlinoise de neurologie et de psychiatrie*, séance du 11 déc. 1899.

Il s'agit d'un homme atteint de méningite tuberculeuse, qui fut ponctionné à la Quincke, dans un but diagnostique ou thérapeutique, mais qui ne reçut pas la moindre goutte de solution cocaïnée. Il mourut de sa méningite tuberculeuse, comme l'examen des pièces l'a prouvé. Je ne vois donc pas en quoi cette observation prouve la nocuité de la cocaïnisation.

Deuxième sujet. — Malade opéré par Dumont de Berne (1). Celui-là est plus intéressant, car Dumont a suivi ma technique. Voici ce qu'en dit M. Reclus : « C'est un tuberculeux de dix-huit ans, avec fièvre et mauvais état général, qui reçoit dans la région lombaire une injection de 1 centigr. 1/2 de cocaïne; deux heures après, la température monte à 40 degrés pour redescendre *bientôt à 35 degrés; à la fin du deuxième jour la mort survient sans que l'autopsie permette d'incriminer autre chose que l'action de l'alcaloïde.* » M. Reclus n'a pas dû lire l'observation originale, car, voici la vérité, il s'agit d'un jeune homme tuberculeux cachectique, en pleine granulie, avec 40 degrés, qui subit la résection du genou; il meurt *six jours* après, *axec les mêmes symptômes fébriles après qu'avant l'opération.* L'autopsie montre une *tuberculose aiguë viscérale généralisée.* Les méninges rachidiennes et la moelle étaient intactes. Cette observation prouve que la cocaïnisation médullaire est impuissante à arrêter une tuberculose aiguë, voilà tout.

Troisième fait, de Goïlav de Bucarest (2). Homme de soixante-sept ans atteint d'une gangrène de la jambe par artérite scléreuse; injection lombaire de cocaïne; amputation; mort vingt heures après dans le délire. Pas d'autopsie, pas de discussion du procédé employé.

Même incertitude pour le cas de Jonnesco, et bien plus encore pour celui de Keen : M. Reclus ne l'a pas lu et moi-même je n'ai pu le vérifier.

Je le regarde comme d'autant plus suspect que, dans le même article, l'auteur m'attribue 6 cas de mort.

Vous voyez la valeur qu'il faut attribuer aux documents qui ont été présentés à l'Académie. Je ne veux pas me faire le défenseur à outrance de ce procédé. Je n'ai aucune raison pour cela. Je n'ai jamais perdu qu'un malade sous le chloroforme; je n'ai donc aucun parti pris contre l'anesthésie générale, mais j'ai le droit de demander une précision plus grande à ceux qui l'attaquent. Je n'ai pu mieux faire pour connaître les accidents que de demander à tous les adeptes de la cocaïnisation rachidienne de publier

(1) Dumont. *Correspond. Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1er octobre 1900, n° 19.
(2) Dimitrescu. *Thèse* de Bucarest 1900, p. 67.

leur table de mortalité en m'en déclarant responsable. Je viens donc prier mes collègues d'apporter ici le résultat de leur expérience, et nous verrons s'il nous faut rayer ce procédé du cadre chirurgical et en faire l'éloge funèbre, comme l'a fait prématurément, je crois, M. Reclus, ou si nous sommes en présence d'un mode d'analgésie qui doit rester, avec un champ limité, dans la pratique chirurgicale.

M. Pierre Delbet. — Je ne veux point entrer dans le fond de la question, qui sera discutée plus tard ; mon intention est simplement de présenter une observation sur le début de la communication de mon ami Tuffier.

Il a intitulé son travail : « De l'analgésie par les injections intrarachidiennes de cocaïne », et cela lui a permis de présenter Corning comme l'auteur de la méthode que tout le monde attribue à Bier. Je ne crois pas que cela soit tout à fait exact.

Certainement, je suis moins documenté sur le sujet que Tuffier, et mes souvenirs sont de moins fraîche date que les siens. Cependant, je crois être sûr de ceci :

Corning a injecté de la cocaïne dans le canal rachidien sans se préoccuper de la faire pénétrer dans le liquide céphalo-rachidien. Cette idée de faire l'injection dans le liquide céphalo-rachidien, de manière que la moelle soit baignée de cocaïne, cette idée appartient en propre à Bier.

Peut-être pourrait-on dire que la méthode de Corning a été un acheminement vers la méthode de Bier; mais dire, comme a paru le faire Tuffier, que la priorité de la méthode actuellement employée par un certain nombre de chirurgiens appartient à Corning, cela ne me paraît pas juste. La méthode d'anesthésie par les injections de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien, seule méthode qui soit en discussion, appartient à Bier.

M. Tuffier. — Corning a injecté dans le canal rachidien et au contact des nerfs de la queue de cheval de la cocaïne; il a bien vu tous les phénomènes consécutifs à cette injection, il en a indiqué l'application chirurgicale; mais j'ai eu soin de reporter à Bier le mérite d'avoir fait le premier l'injection dans le liquide céphalo-rachidien.

Plaie du ventricule du cœur droit par coup de canif (Tentative de suicide au cours d'une pneumonie grippale). — Suture de la plaie ventriculaire. — Mort brusque une heure et demie après l'intervention,

par MM. MIGNON et SIEUR.

Le 15 mars, à 10 heures et demie du matin, notre collègue M. le professeur agrégé Ferrier vint nous informer qu'un de ses malades, atteint de pneumonie grippale, s'était enfoncé la lame de son couteau dans la région précordiale et présentait les signes d'une plaie du cœur.

L'accident remontait à trois quarts d'heure.

Nous fîmes aussitôt descendre le blessé à la salle d'opération. Il était cyanosé, avec une respiration accélérée et un pouls petit et difficile à compter.

Sur la partie antérieure gauche du thorax, au niveau de la région précordiale, existaient quatre petites plaies. Trois d'entre elles sont longues de quelques millimètres et ressemblent à des coupures superficielles; la quatrième, plus étendue, a une longueur d'un centimètre environ et a laissé s'écouler une assez forte quantité de sang. Elle est située à deux travers de doigt environ en dedans du mamelon et dans le quatrième espace intercostal.

Dix minutes après l'arrivée du malade, et sans anesthésie préalable, nous commençons l'intervention. Nous pratiquons sur la région précordiale une incision verticale de 15 centimètres, passant par la plaie qui paraît être la plus grave et se tenant à 4 centimètres en dehors du bord gauche du sternum. A l'aide du bistouri, nous réséquons les cartilages costaux des 4e, 5e et 6e côtes sur une longueur de 3, 4 et 6 centimètres. Cette résection, d'une exécution aussi rapide que facile, nous amène sur la face antérieure du péricarde qui est perforée. A côté et en dehors de la plaie péricardique, nous reconnaissons le cul-de-sac antérieur de la plèvre gauche qui est intact et qu'il nous est facile de refouler en dehors afin de dégager toute la face antérieure du péricarde.

Les lèvres de la plaie péricardique ayant été pincées et attirées en avant, le péricarde est incisé verticalement sur une hauteur de 7 centimètres (1). Sa cavité est remplie par un volumineux

(1) A dater du moment où le péricarde fut ouvert, la cyanose ayant diminué et le malade ayant récupéré toute son intelligence, nous fûmes contraints de lui faire respirer un peu de chloroforme.

caillot que l'on enlève avec la main, ce qui diminue aussitôt l'état cyanique du sujet. Il est évident que nous avons décomprimé le cœur.

On se trouve alors en présence d'une hémorragie violente partant d'une perforation du ventricule droit et s'élevant sous la forme d'un jet noir à une hauteur de quelques centimètres.

Le tamponnement étant insuffisant à l'arrêter, on l'aveugle à l'aide de deux pinces à griffes dont l'application est loin d'être facile en raison de l'état d'*affolement* du muscle cardiaque qui *baratte* en quelque sorte le sang épanché dans la cavité péricardique et le projette de tous côtés.

Nous essayons aussitôt d'appliquer des sutures, mais la profondeur à laquelle il nous faut agir et les mouvements désordonnés du cœur rendent pour ainsi dire impossible le passage de l'aiguille, étant donné surtout que nous voulons éviter de traverser l'endocarde. Après quelques tentatives infructueuses, nous nous décidons à tirer sur les deux pinces, à amener le cœur entre les lèvres de la plaie du péricarde et à le fixer en quelque sorte à ce niveau. Contrairement à notre appréhension, aucune modification ne se produit dans le rythme cardiaque; seulement, les pinces déchirent la surface du ventricule, dont les fibres sont altérées par l'infection générale du sujet. Nous remplaçons les pinces à griffes par des pinces mousses, moins agressives pour les tissus, et nous pratiquons une suture avec des fils de soie, moitié en bourse et moitié à points séparés, la fibre cardiaque se laissant facilement déchirer par la moindre traction.

La plaie ventriculaire, dont l'étendue était d'un centimètre environ, ayant été ainsi aveuglée, nous débarrassons le péricarde du sang qui s'y trouve épanché, nous glissons une petite mèche dans son sinus inférieur et nous fermons en partie l'incision cutanée, ne laissant qu'une ouverture suffisante pour le passage de la mèche.

L'opération a duré environ trois quarts d'heure. Pendant son exécution, le malade a reçu une injection de caféine et 800 grammes de sérum artificiel au niveau de la cuisse.

L'intelligence est nette, le pouls régulier, nettement perceptible, et l'oppression et la cyanose du début ont en partie disparu.

Pour éviter tout déplacement, nous laissons le blessé sur la table d'opération, sous la surveillance du médecin de garde.

A midi 45, alors qu'aucune aggravation n'avait été relevée dans son état, il est pris d'un violent accès de toux et de dyspnée; sa face se cyanose et il succombe dans l'espace de quelques minutes, une heure et demie après notre intervention.

Pour compléter l'observation clinique de ce malade, nous

dirons qu'il était âgé de vingt-trois ans et était entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 11 mars 1891 pour une pneumonie de la base du poumon gauche.

Les premiers symptômes furent d'abord normaux; mais le 13 et le 14 mars, l'inflammation s'étendit à tout le poumon gauche et les battements du cœur augmentèrent de fréquence et s'élevèrent jusqu'à 130 par minute.

Dans le poumon droit, il y avait aussi de la submatité et du souffle au sommet et des râles sous-crépitants à la base. Le malade avait tenté de se suicider à 9 h. 45 « pour extirper le mal qui l'étreignait dans la poitrine ».

Le couteau, trouvé au fond du lit, sous les couvertures, était encore ouvert, et sa lame, teintée de sang sur toute son étendue, mesurait 5 centimètres et demi de long sur 9 millimètres de large.

Les résultats de l'autopsie ont été les suivants :

La cavité du péricarde ne renferme aucun liquide; sa surface est simplement tapissée par un très mince caillot fibrineux, de 1 à 8 millimètres d'épaisseur, et qui se laisse facilement détacher.

L'ouverture de l'artère pulmonaire et de ses branches principales ne révèle l'existence d'aucun caillot *embolique*; vers la pointe du cœur, sur la face antérieure du ventricule droit, immédiatement en dehors du sillon de la coronaire antérieure, existe une petite suffusion sanguine, sous le péricarde viscéral, au centre de laquelle se trouvent les sutures faites pour oblitérer la perforation.

En ouvrant le cœur droit par l'artère pulmonaire et le long de son bord libre, on rencontre dans sa cavité un caillot fibrineux assez volumineux appliqué sur la valvule tricuspide et dont un petit prolongement filiforme se dirige vers la perforation. En rabattant en dehors la paroi antérieure du cœur, afin d'examiner la perforation par sa face interne, on peut voir que celle-ci est recouverte d'une mince couche fibrineuse et que sa fermeture est hermétique.

Du côté du cœur gauche, rien à signaler.

Le poumon gauche est volumineux, dur, très résistant et ne crépite sur aucun point; la scissure interlobaire est effacée et la coupe montre que le parenchyme est franchement hépatisé; le tissu est friable et se déchire aisément sous le doigt.

Le poumon droit crépite assez bien sur presque toute son étendue, sauf à la partie postérieure du lobe supérieur atteint d'une congestion assez prononcée.

La plèvre droite est oblitérée sur la plus grande partie de son étendue par des adhérences solides et très résistantes; la plèvre gauche est tapissée d'une couenne fibrineuse épaisse d'un centi-

mètre au niveau de sa partie antérieure et sur la ligne axillaire ; en arrière, quelques adhérences molles unissent l'un à l'autre ses deux feuillets.

Les méninges ne sont que modérément vascularisées et se déchirent assez facilement pendant la décortication, sans entraîner toutefois des parcelles de substance cérébrale. Celle-ci est ferme ; sans piqueté vasculaire à la surface des circonvolutions ni dans l'épaisseur de la substance cérébrale.

Rien à signaler du côté des viscères de la cavité abdominale.

Il est donc évident que la lésion du cœur n'a pas été la cause essentielle de la mort de notre opéré. Il a succombé à son affection pulmonaire et à l'infection générale, aggravées par la blessure du cœur.

Nous avons été surpris, au cours de l'opération, de la tolérance du cœur pour toutes nos manipulations. Bien qu'altéré dans sa constitution histologique par l'infection générale de l'organisme et déjà surmené par la gravité et l'étendue des lésions pulmonaires, il a pu résister pendant trois quarts d'heure à la compression de l'épanchement intra-péricardique ; et sitôt libre dans sa cavité séreuse, il a repris la régularité et la force de ses battements et fait sauter comme l'aiguille d'un sphygmographe les longues pinces à forcipressure fixées à sa paroi. Il a également supporté sans faiblir la traction et la fixation de sa pointe entre les lèvres de la plaie thoracique pendant toute la durée de la suture.

Il n'est donc plus vrai qu'il faille attribuer au cœur une susceptibilité et une intolérance devant nous imposer une timide chirurgie à son égard. C'est un fait bien mis en évidence, dans ces dernières années, par la clinique et l'expérimentation.

Vous vous rappelez l'observation de Podrez (1) publiée dans la *Revue de chirurgie* de 1899, où le chirurgien, en face d'une plaie du ventricule droit par balle de revolver, a pu saisir le cœur dans le creux de la main gauche, tandis qu'avec l'autre main il fit un palper bimanuel assez fort pour permettre une exploration exacte des ventricules et de l'oreillette.

Telle aussi l'observation de suture ventriculaire, communiquée par Carnabel et Nanu (2) au dernier Congrès international de médecine, au cours de laquelle on dut saisir le cœur avec la main gauche pour le rapprocher de la plaie cutanée et l'y maintenir pendant la pose de trois points de suture séparés.

(1) *Rev. chir.*, mai 1899, p. 636.

(2) Carnabel et Nanu. *Congrès international de médecine, section de Chirurgie*, Paris, 1900.

Telle est encore l'intervention de Pagenstecher (1) dans un cas de blessure de la coronaire antérieure avec dilatation énorme du ventricule droit. Le chirurgien comprima ce ventricule avec les doigts comme on comprime un coussin à eau et le repoussa de côté pour explorer le ventricule gauche sans influencer les mouvements du cœur.

Or, comme la suture des plaies du cœur n'est difficile que par l'éloignement et la mobilité de l'organe, il nous semble qu'on est autorisé, d'après les remarques précédentes, à rapprocher le cœur de la brèche thoracique et à le fixer entre les lèvres de cette brèche pendant le passage rapide de chaque fil à suture dans l'épaisseur du myocarde. C'est d'ailleurs une des applications du grand principe de la chirurgie d'après lequel on doit éviter de faire une opération au fond d'une cavité.

Mais ce qui aggrave singulièrement le pronostic des blessures du cœur, c'est l'existence d'une complication pleuro-pulmonaire immédiate ou consécutive. Quand la plèvre et le poumon ont été perforés par l'agent vulnérant, l'opérateur est gêné par les mouvements désordonnés du diaphragme et du poumon et par l'hémothorax, en même temps que le champ d'hématose du blessé peut être de moitié rétréci. Ceux qui ont essayé de faire de la chirurgie expérimentale sur le cœur du chien savent que le pneumo-thorax tue l'animal avant la fin de l'opération. De même, des accidents infectieux développés ultérieurement du côté de la plèvre entraînent une terminaison fatale dans la plupart des cas; et l'on trouve nombre de morts causées par des pleuro-pneumonies chez des blessés dont la plaie du cœur était si bien cicatrisée qu'on avait beaucoup de peine à en découvrir la trace au moment de l'autopsie.

Aussi faut-il être persuadé, dans toute intervention sur le cœur, de la nécessité de ne pas ouvrir la plèvre si elle n'a pas été perforée primitivement, et de la désinfecter avec soin si son ouverture a coïncidé avec celle du cœur, comme l'a fait le D[r] Parlavecchio (2).

Nous dirons même, encore que nous n'ayons pas agi ainsi dans le cas que nous venons de vous communiquer, qu'il doit être avantageux de ne drainer ni le péricarde ni la plèvre, et de fermer complètement les deux séreuses, suivant le conseil de MM. Terrier et Reymond (3), chaque fois qu'il sera possible de le faire.

(1) Pagenstecher. *Contribution à la chirurgie du cœur. Ligature de l'artère coronaire.*

(2) Parlavecchio. *Soc. Lancisiana d. osp. di Roma*, 9 juillet 1898.

(3) Terrier et Reymond. La suture des plaies du cœur, *Revue chirurg.*, t. XXII, p. 493.

M. Monod. — Quels fils avez-vous employés pour vos sutures? Il est important de le spécifier.

M. Mignon. — Des fils de soie.

Présentations de malades.

Suture des nerfs médian et cubital.
Restauration des fonctions six mois après.

M. Reynier. — Messieurs, à l'appui du rapport de M. Lejars sur la suture nerveuse, je viens vous présenter un malade, qui montre bien que lorsqu'il s'agit de nerfs moteurs, la suture nerveuse ne donne pas lieu à des résultats immédiats, mais à des résultats tardifs qui mettent un certain temps à se produire, et qu'il faut attendre patiemment, en les aidant par le massage et l'électricité. Il s'agit d'un homme qui, en tombant sur des tessons de bouteille, s'était fait une plaie transversale profonde au-dessus de l'articulation radio-carpienne. Quand il se présenta une heure après l'accident, le 7 janvier 1897, dans mon service, il avait une anesthésie complète de toute la face palmaire de la main. Sa main ne pouvait se fléchir, et les mouvements d'opposition du pouce étaient impossibles. Nous crûmes devoir intervenir tout de suite. Nous nous sommes alors trouvé en présence d'une section complète de tous les tendons fléchisseurs de la main, du cubital antérieur et des deux nerfs médian et cubital.

Nous fîmes la suture des tendons, les rattachant aux faisceaux charnus aussi bien que nous pûmes, en cherchant à mettre les faisceaux en présence de leurs tendons respectifs, mais sans être sûr d'avoir coapté très exactement.

Nous fîmes la suture des deux nerfs médian et cubital, au moyen d'un catgut passé en U dans le nerf, et rapprochant les deux bouts sectionnés, ce rapprochement étant facilité par la flexion forcée de la main ; nous complétons avec des points de suture périphériques, passés d'un segment dans l'autre. La plaie est fermée en partie et drainée et la main mise dans la flexion forcée. Au bout de quelques jours le drain est enlevé. Il n'y a de suppurations que sur le trajet du drain, qui disparaît d'ailleurs rapidement, et le quinzième jour de l'accident le malade quittait le service. Mais la sensibilité des doigts n'était pas revenue.

Le trentième jour, la plaie étant tout à fait fermée et la suture

nous paraissant solide, le malade pouvant faire mouvoir ses fléchisseurs et faire des mouvements de doigt; mais n'ayant toujours pas de sensibilité, nous le faisons électriser par M. Plicque, puis par M. Hischmann, chargés du service d'électrothérapie.

Au bout d'*un mois de traitement*, c'est-à-dire deux mois après l'accident, le malade accusait à la piqûre un peu de sensibilité des doigts et de la main. Mais c'était sur certains points.

Les muscles de l'éminence thénar et hypothénar étaient atrophiés; et sur les extrémités, se voyaient des ulcérations trophiques, qui nous faisaient douter du succès de notre suture.

Le retour de la sensibilité se manifestait de plus faiblement.

Nous continuâmes toutefois à exhorter le malade à venir se faire masser et électriser très régulièrement; ce qu'il fit.

Or, au bout de six mois environ de ce traitement, l'atrophie des muscles de l'éminence thénar diminuait, la sensibilité s'accusait de plus en plus, et quelques mouvements d'opposition du pouce se produisaient. Les troubles trophiques enfin s'amendaient.

Il continua le traitement pendant un an. Et aujourd'hui vous voyez que cet homme a retrouvé tous les mouvements de sa main; les muscles des éminences thénar et hypothénar, restaurés, se contractent, et si vous dites au malade de vous serrer la main, il la serre avec une certaine force. Il lui reste seulement une difficulté à fléchir complètement les doigts, jusqu'au contact du creux de la main. Ils en restent distants d'un centimètre. Toutefois, dans les actes habituels de la vie et de sa profession, il peut se servir de sa main, sans s'apercevoir de ce léger inconvénient.

Ce malade nous montre donc bien, comme nous le disait M. Lejars, qu'il faut après les sutures nerveuses persévérer longtemps à électriser et masser le malade, si on veut obtenir de bons résultats.

Enfant de quatre ans opéré d'une ectopie testiculaire inguinale du côté gauche avec hernie concomitante.

M. Kirmisson. — Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à votre examen un jeune enfant de quatre ans, que j'ai opéré récemment dans mon service, pour une ectopie inguinale du côté gauche compliquée de la présence d'une volumineuse hernie. Mon but n'est pas tant d'attirer votre attention sur le résultat fourni par l'opération dans ce cas particulier, que d'avoir l'occasion de décrire devant vous le manuel opératoire que j'emploie depuis quatre ou cinq ans au moins.

A chaque fois que le traitement de l'ectopie testiculaire est venu en discussion, j'ai toujours dit que je considérais l'abaissement artificiel du testicule comme une excellente opération, mais prétendre fixer la glande aux enveloppes du scrotum est certainement une utopie, puisqu'on ne rencontre là aucun point d'appui sur lequel on puisse compter. Un cas dans lequel j'avais fait cette fixation en 1889, à l'Hôtel-Dieu, à l'aide d'un fil de soie, a eu une terminaison malheureuse, puisque notre collègue Gérard Marchant a dû pratiquer ultérieurement la castration. Le procédé communiqué par notre collègue M. Villemin, à la Société de Pédiatrie, en 1899, et qui consiste à fixer le testicule ectopié au testicule sain, ne me paraît pas non plus satisfaisant. En effet, le testicule sain lui-même ne saurait être considéré comme un point fixe, et, de plus, il serait très fâcheux qu'on vînt à le blesser en l'unissant par la suture à son congénère.

Aussi, pour ma part, ai-je depuis fort longtemps abandonné toute idée de fixation du testicule; ce que je me propose, c'est de faire tout autour du cordon une suture solide qui le transforme en une tige rigide maintenant le testicule aussi écarté que possible de l'orifice externe du canal inguinal. Je commence, comme tous mes collègues, et M. Lucas-Championnière a tout spécialement insisté sur ce point, par libérer aussi complètement que possible le testicule et le cordon de toutes les adhérences aux parties voisines. Pour cela, je sectionne complètement la tunique fibreuse commune, les brides fibreuses accidentelles, les fibres crémastériennes, ne conservant que les éléments indispensables à la vitalité du testicule, vaisseaux et nerfs, canal déférent. Je sectionne ensuite transversalement le processus vagino-péritonéal et le lie avec un catgut. Il est dès lors possible d'abaisser le testicule et de le placer dans la moitié correspondante du scrotum. Pour m'opposer à sa réascension, c'est alors que je complète l'opération en faisant tout autour du cordon et dans la plus grande hauteur possible une suture au catgut réunissant tous les tissus fibreux qui proviennent de la dissection, de façon, je le répète, à transformer ce cordon en une tige rigide qui maintienne le testicule aussi écarté que possible de l'orifice externe du canal inguinal.

C'est ainsi qu'a été opéré le jeune enfant que je vous présente. Le 2 avril dernier, j'ai fait du côté gauche une incision oblique, dépassant par en haut l'orifice externe du canal inguinal. Le testicule a été libéré aussi complètement que possible en sectionnant toutes les adhérences aux parties voisines, et le laissant adhérent seulement aux éléments du cordon. Cette libération est poursuivie le plus loin possible, de façon à abaisser autant que possible le

testicule; ce dernier est maintenu en bas par la main de l'aide, de façon à bien tendre les éléments du cordon.

On isole le processus vagino-péritonéal, on le sectionne transversalement, et on pratique sa ligature avec un fort catgut; après quoi, avec l'index de la main droite, on prépare dans le côté gauche du scrotum une loge dans laquelle on dépose le testicule abaissé. L'aide l'y maintient à l'aide d'une pince munie d'un tampon d'ouate, tandis que le chirurgien pratique de haut en bas une série de sutures au catgut dont les supérieures portent sur les piliers du canal inguinal, les inférieures sur les débris de la celluleuse et sur les tissus fibreux voisins, de façon à créer ainsi autour du cordon une ligne de sutures qui maintienne en place le testicule, et s'oppose à sa réascension. Suture de la peau au crin de Florence, sans interposition d'un drain.

La guérison par première intention a été obtenue sans incident, et le malade guéri a quitté l'hôpital le 14 avril. Je vous le présente aujourd'hui, et vous pouvez constater que son état est très satisfaisant; le testicule reste fixé dans la moitié gauche du scrotum, bien qu'à la vérité à un niveau supérieur à celui du côté opposé.

M. Routier. — J'ai pratiqué un assez grand nombre d'orchidopexies. A mes débuts, j'ai fixé le testicule au fond du scrotum, mais j'ai bientôt vu celui-ci se rebrousser en doigt de gant; cette fixation était tout à fait illusoire; j'ajoute que toute fixation me paraît illusoire et inutile; ce qu'il faut, c'est avoir un cordon assez long pour que le testicule reste, quand on l'abandonne à lui-même, au-dessous de l'épine du pubis.

Malgré tous les procédés recommandés pour la libération du cordon, on ne peut pas toujours abaisser le testicule.

Chez un adulte qui souffrait d'une ectopie double, j'ai dû rentrer les deux testicules dans l'abdomen comme des ovaires; le malade a été parfaitement guéri.

Quand j'ai bien libéré le cordon, quand le testicule descend franchement au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal, je fixe le cordon au niveau de cet orifice inférieur, créant ainsi une sorte d'étranglement, mais je n'attache pas une grande importance à cette fixation; je le répète, le point capital, c'est de bien libérer les parties, c'est que le testicule abandonné à lui-même n'ait aucune tendance à remonter dans l'anneau; alors seulement on a un bon résultat.

M. Reynier. — J'appuie ce que vient de dire M. Routier. Pour obtenir un bon résultat il faut que le testicule n'ait aucune tendance à remonter. — Mais lorsque le cordon a une trop grande brièveté, le testicule remonte toujours.

M. MONOD. — Il est indispensable de libérer le cordon. Pour faire cette libération, je déchire *par transparence* les tissus fibreux, évitant ainsi les artérioles et les veinules et ne blessant aucun organe important.

M. KIRMISSON. — Je suis d'accord avec vous tous pour reconnaître la nécessité de la libération des éléments du cordon.

Les fibres crémastériennes doivent être dissociées, mais ce que j'ai voulu surtout mettre en lumière, c'est que cette sorte de suture latérale du cordon était supérieure à la fixation du testicule au fond des bourses.

Présentation de pièces.

Ventricule perforé et suturé.

M. MIGNON présente le cœur dont le ventricule a été perforé et suturé, pièce qui a motivé la communication de ce jour.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1901

Présidence de M. RECLUS

A propos du procès-verbal de la dernière séance.

Erratum. — Lire à la page 393 : M. LÉVÈQUE au lieu de LÉNÊQUE.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. le professeur BROUARDEL, faisant savoir à la Société de chirurgie qu'un congrès national d'étude prophylactique de la tuberculose doit se tenir à Londres du 22 au 26 juillet 1901. Le Comité français a choisi pour président M. le professeur Brouardel et désigné pour son secrétaire général M. le Dr Thoinot.

Les adhésions doivent être adressées soit à M. le professeur Brouardel, soit à M. Thoinot.

A propos de la correspondance.

M. POTHERAT dépose sur le bureau de la Société un travail de M. A. DUPRAZ (de Genève) intitulé : *Un cas de spina bifida lombo-sacré (méningocèle) opéré avec succès. Durée du résultat.*

Ce travail est renvoyé à une Commission. — Rapporteur : M. POTHERAT.

A l'occasion du procès-verbal.

La question de l'orchidopexie.

M. Félizet. — Je n'ai pas eu le plaisir de voir le jeune malade que M. Kirmisson vous a présenté à la fin de la dernière séance. Il avait une hernie volumineuse et une ectopie testiculaire.

Les deux maladies ont subi l'intervention radicale le 2 avril. Douze jours après l'enfant sortait de l'hôpital. Vous avez pu, trois jours après, apprécier le résultat obtenu, dans la nouveauté et, pour ainsi dire, dans la primeur du succès opératoire.

Je n'ai rien à dire de l'opération radicale de la hernie de ce petit malade, et tout au plus mentionnerai-je l'action utile exercée par une hernie pour préparer, par un refoulement lent et progressif, le traitement de l'ectopie du testicule.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, de faire ici une lecture sur le rôle curateur de la hernie au point de vue de la migration du testicule, arrêté dans le cul-de-sac péritonéo-vaginal.

Ce qui me frappe, dans l'observation de M. Kirmisson, c'est une tendance à soulever, une fois de plus, la question de l'orchidopexie, question qui semblait résolue depuis longtemps.

On se rappelle que l'abaissement du testicule et sa fixation dans les bourses ont été l'objet de discussions animées à la Société de Chirurgie, mais nous nous rappelons tous aussi et nous savons aujourd'hui ce que nous sommes en droit d'attendre de l'orchidopexie.

L'ingéniosité des chirurgiens s'est exercée de plus de vingt manières et les résultats ont été, il faut le dire, plutôt décevants.

On a fixé le testicule au fond du scrotum, et c'est le scrotum qui est remonté.

On a attaché le testicule embroché, à un fil élastique, amarré à la face interne de la cuisse, et c'est le testicule qui a disparu.

On a fixé le cordon à la gouttière formée par le scrotum, on a cousu le tissu cellulaire à la gaine fibreuse, on a isolé l'artère spermatique, on a déroulé les veines, on a tiré sur le tout, on a réduit cette pauvre petite chose, le testicule ectopié, à la portion congrue d'une artère dénudée, de veines tiraillées et d'un canal déférent étendu jusqu'à la quasi-rupture.

M. Kirmisson remédia de son mieux à cette dénudation totale des éléments du cordon, il l'habilla avec « les débris de la celluleuse et les tissus fibreux voisins », et il fixa le vêtement nouveau, pour empêcher la réascension de l'organe abaissé.

Mais le temps n'a pas pu consacrer l'efficacité des précautions

prises le 2 avril. Le testicule reste, on le sait, pendant quelques jours dans une période de recueillement qui n'est pas la guérison, et il ne se gênera pas pour remonter. Qui sait s'il n'a pas commencé déjà?

Toute cette médecine opératoire est amusante, mais alors même qu'on nous ferait voir un malade dont l'opération remonte à plus de quinze jours (ce qui, en conscience, est un délai insuffisant), alors même qu'on nous montrerait un testicule en bonne position dans le scrotum, après une année ou deux, nous pensons que le testicule en ectopie congéniale n'est que très exceptionnellement justiciable des procédés nombreux qui ont été proposés et que vous avez justement abandonnés aujourd'hui.

Le corollaire de l'arrêt du développement, c'est qu'un testicule stérile au milieu de l'anneau inguinal externe ne deviendra pas fécond alors même que vous l'aurez abaissé 5 centimètres plus bas, et encore moins lorsque vous l'aurez isolé, dépouillé, distendu, embroché et meurtri, ajoutant à l'arrêt du développement les méfaits du traumatisme opératoire.

Nous avons étudié la question dans le *Journal de l'anatomie et de la physiologie* de 1898 (1), et mon interne, M. Albert Branca, micrographe expérimenté, a montré que le testicule ectopié est « une glande dégénérée, un organe mort, tôt ou tard, pour la fonction qui lui est dévolue ».

Et c'est cet organe, mort pour la fonction, que l'on prétendrait régénérer par l'orchidopexie, confirmant les idées soutenues dans notre ouvrage sur les *Hernies Inguinales de l'Enfance*!

Il semble aujourd'hui bien établi que les opérations que l'on peut proposer, dans le traitement des ectopies testiculaires congénitales chez les enfants, ne sont pas des opérations physiologiques, en ce sens qu'elles sont incapables de donner au testicule la constitution anatomique et la puissance fonctionnelle qui lui manquent.

La seule indication opératoire est, si l'abaissement de l'organe s'annonce facile, de mettre le malade à l'abri des complications inflammatoires et néoplasiques des ectopies, et même de prévenir les accidents douloureux que provoquent l'étranglement, le choc ou l'incarcération du testicule.

Or, ce sont là des résultats dont personne n'oserait affirmer la réalité le quinzième jour après l'opération.

En présence des accidents graves d'étranglement, des orchi-épididymites et de la tendance, bien connue de vous, du testicule

(1) Branca et Félizet. « Histologie du testicule ectopique, » *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, septembre 1898, p. 589.

ectopié à être envahi, dans le cours des temps, par des néoplasmes, quelques chirurgiens pensent que, quand il n'est pas possible d'amener et de *ranger*, pour ainsi dire, le testicule, le mieux est de sacrifier franchement et sans regret cet organe mal venu, inutile et malfaisant.

C'est à cette opinion que j'ose me rallier, après avoir pratiqué moi-même et avoir fait pratiquer, dans mon service, par deux de mes collègues qui m'entendent, l'opération de l'orchidopexie.

Rapports.

De la strabotomie para-scléroticale, par M. le Dr Delamare, médecin-major de l'hôpital de Rouen.

Rapport par M. CHAUVEL.

Nous entendons par *strabotomie para-scléroticale*, dit le Dr Delamare, le traitement du strabisme par la ténotomie du muscle prépondérant à 2 millimètres en arrière de son insertion scléroticale combinée à la section des attaches capsulaires ambiantes. C'est donc une opération mixte entre la *myotomie* de Dieffenbach et la *ténotomie* de Bonnet, où l'on s'efforce de détacher le tendon en rasant la coque fibreuse oculaire sous laquelle il s'insère.

Pour comprendre l'opportunité de la strabotomie para-scléroticale, il faut se souvenir que l'auteur, médecin de l'armée, n'a guère eu à opérer que des sujets adultes. Or, comme j'ai eu bien souvent l'occasion de l'observer alors que j'étais chargé du service d'ophtalmologie de l'hôpital du Val-de-Grâce, comme je l'ai signalé avec insistance dans mes *Etudes ophtalmologiques*, la section tendineuse pure, au ras de la sclérotique, ne donne, dans les déviations supérieures à 2 millimètres, que des redressements le plus souvent incomplets, même en y joignant des débridements étendus de la capsule de Tenon.

D'un autre côté, la ténotomie portée sur les deux yeux est difficilement acceptée, tout aussi bien que la ténotomie jointe à l'avancement capsulo-musculaire par plissement de l'antagoniste, et cette dernière intervention est également d'exécution un peu plus délicate.

Je n'insiste pas sur la description du manuel opératoire préconisé par M. Delamare ; il diffère peu de la ténotomie ordinaire, sauf par le report plus en arrière de la fenêtre ouverte dans la

conjonctive pour tomber directement sur le corps du tendon. On coupe alors ce tendon de façon à laisser une languette d'environ 2 millimètres du côté de ses insertions sclérales, puis on débride la capsule en haut et en bas ; on ne met de sutures conjonctivales que si l'on veut diminuer l'effet obtenu.

Au travail de M. Delamare sont jointes un certain nombre de photographies représentant les sujets atteints de loucherie avant et après l'opération. Les résultats constatés au bout de quelques mois semblent, en général, assez satisfaisants. Au reste, il est bien difficile de juger sur des photographies de la situation exacte des globes oculaires; elles sont trompeuses parce que, pour la pose, le sujet doit fixer un objet placé à peu de distance et que s'il est pris absolument de face la lumière rend pénible l'ouverture large des paupières.

M. Delamare n'est, au reste, nullement exclusif. Il reconnaît que son procédé convient surtout dans les strabismes assez prononcés, dans ceux où la déviation est supérieure à 2 millimètres et inférieure à 6 millimètres ; il le croit applicable de préférence chez les adultes et dans le strabisme convergent. Il semble résulter des observations par lui recueillies que la strabotomie parascléroticale n'a jamais entraîné l'insuffisance du muscle dont on coupé le tendon et que cet accident n'est pas à craindre

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à notre confrère, et de déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

Sur trois cas de corps étrangers du larynx,
par le Dr E.-J. Moure (de Bordeaux),

Rapport par M. J.-J. PEYROT.

Les faits observés par le Dr Moure sont intéressants à plus d'un titre. Je les rapporterai brièvement.

Dans un premier cas, il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, qui avait la mauvaise habitude de garder dans sa bouche des épingles à cheveux, qu'elle pliait en deux avec ses dents et sa langue. Une de ces épingles, exactement ployée dans son milieu, comme vous pouvez le voir, fut un jour aspirée par les voies respiratoires. Au moment où elle disparut ainsi, un accès de suffocation survint; mais la respiration se rétablit rapidement. Seule la phonation resta gênée, ainsi que la déglutition. Le lendemain, par

l'examen laryngoscopique, M. Moure constata que le corps étranger était, par une de ses extrémités, engagé dans le ventricule de Morgagni du côté gauche, serré là entre la corde vocale et la bande ventriculaire. L'autre extrémité faisait saillie en arrière dans l'entrée de l'œsophage. Après cocaïnisation de la muqueuse de l'arrière-gorge et du larynx, l'épingle à cheveux put être saisie par une pince laryngienne et extraite.

Dans le second cas, M. Moure eut encore affaire à un corps étranger fixé dans le larynx. C'était un crochet de corset en forme d'U, qui avait pénétré dans le larynx d'une fillette de cinq ans. A la suite de cette introduction la respiration était restée gênée, un peu bruyante, surtout pendant le sommeil ou lorsque l'enfant pleurait. La voix était enrouée : il y avait une toux rauque, presque aphone, croupale. Après cocaïnisation complète, la fillette, fort indocile, comme on le pense bien, finit par se laisser examiner. On put reconnaître que le crochet était fixé par un de ses bords sous la corde vocale, tandis que l'autre faisait saillie dans la région postérieure du larynx. Une tentative d'extraction par manœuvre endo-laryngée n'ayant pas amené un bon résultat, M. Moure pratiqua la thyrotomie médiane. A peine les deux lames du cartilage furent-elles légèrement écartées que le corps étranger fut aperçu. Il vint s'offrir de lui-même pour ainsi dire et fut extrait avec une pince à disséquer. Réunion au catgut du cartilage, puis par-dessus des plans musculo-aponévrotiques. Guérison parfaite sans autre incident que l'apparition à l'extrémité inférieure de l'incision d'une petite ulcération qui mit longtemps à guérir. La voix ne fut nullement altérée après l'opération.

On ne peut qu'approuver la conduite qu'a tenue dans ce cas l'opérateur. Il est clair que la thyrotomie sans trachéotomie préalable trouvait ici son indication. La suture du cartilage par un point de catgut est une bonne précaution, qui n'est sans doute point nouvelle. Je me rappelle l'avoir pratiquée souvent il y a quelques années, à un moment où Gouguenheim nous fit souvent intervenir, mon assistant d'alors, Guinard, et moi, pour des végétations tuberculeuses du larynx. Elle est toujours à recommander.

Chez la troisième malade, M. Moure a failli observer un de ces cas de fixation de corps étranger dans le poumon, dont la Société de Chirurgie vient de s'occuper avec MM. Ricard et Quénu. Heureusement pour la patiente les choses ont tourné plus simplement. Il s'agissait d'une femme de quarante-cinq ans, qui, le 15 avril 1900, avait introduit dans ses voies aériennes une épingle de 5 centimètres de long, à grosse tête de verre noir. La malade éprouvait dans la poitrine, au niveau de la bronche gauche, une piqûre intolérable qui déterminait une toux coqueluchoïde.

Bientôt la respiration elle-même fut gênée, et dans le service du professeur Lannelongue où la malade était placée on constata, par l'auscultation, les signes d'une broncho-pneumonie légère accompagnée d'une expectoration sanglante. L'examen laryngoscopique fut extrêmement facile. Il permit à M. Moure de constater l'intégrité non seulement du larynx, mais encore de la trachée, dans presque toute sa hauteur. C'était au point qu'on se demanda un moment si la malade avait réellement aspiré l'épingle et s'il ne s'agissait pas d'une névropathe. Mais la toux coqueluchoïde et l'expectoration sanglante ne laissaient aucun doute. Séance tenante, M. Moure fit conduire la patiente dans le cabinet de radiographie du professeur Bergonié. Mais on n'eut pas le temps de déterminer le siège de l'épingle. A peine arrivée, la malade fut prise d'une violente quinte de toux après laquelle elle déclara que l'épingle était venue dans son larynx et qu'elle y sentait la piqûre. Elle y était, en effet, comme M. Moure le constata tout de suite par un nouvel examen laryngoscopique. Elle était même hors du larynx, transversalement placée, et piquée par sa pointe dans les tissus du repli ary-épiglottique correspondant. Elle put être retirée du premier coup au moyen d'un pince laryngienne sans que la malade éprouvât le moindre réflexe.

En écoutant dans les dernières séances les communications si intéressantes de mes collègues sur les corps étrangers tombés dans les bronches, je me demandais s'il ne serait pas bon, avant de songer aux formidables interventions dont ils ont parlé, d'épuiser d'abord les vieux moyens que vous connaissez. Placer le malade la tête en bas et percuter fortement le thorax dans cette position suffiront peut-être quelquefois à déloger une canule, une petite pièce de monnaie. Que ces corps étrangers retombent dans la trachée, on en sera averti par les accidents de spasme laryngien qui surviendront et la trachéotomie permettra de pratiquer leur extraction.

M. Moure a été encore plus heureux. Je l'en félicite. Il ne me reste plus qu'à vous proposer de remercier M. Moure pour ses intéressantes observations et à vous recommander sa candidature au titre de membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Discussion.

Sur la suture nerveuse.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je vous ai présenté l'autre jour, à l'appui de ce qu'avait dit M. Lejars dans son rapport sur les

sutures nerveuses, un malade qui avait eu le nerf cubital et le nerf médian coupés. J'avais suturé ces deux nerfs deux heures à peine après l'accident, et cependant si un peu de la sensibilité était revenue relativement assez vite, un mois après la suture, les troubles de la motilité ne s'étaient amendés qu'au bout de six mois de traitement, d'électrisation consciencieusement suivie.

L'atrophie des muscles, les troubles trophiques qui s'étaient produit après la suture, leur disparition, puis le retour de la mobilité coïncidant avec cette disparition, viennent une fois de plus démontrer que la régénération centrifuge, un instant mise en doute par les cliniciens, est le seul mode de restauration de la fonction nerveuse, tout au moins pour ce qui regarde les nerfs moteurs.

Je peux vous en donner encore un exemple saisissant en vous citant un malade que j'eus à soigner en 1890, et qui, comme le malade de M. Morestin, avait eu la branche postérieure motrice du nerf radial coupée dans son passage dans le court supinateur. Cet homme, forgeron, s'était enfoncé dans l'avant-bras gauche un morceau de fer rougi à blanc, qui avait pénétré environ de 3 centimètres à 5 centimètres au-dessous de l'articulation du coude.

Sitôt l'accident arrivé, le malade était dans l'impossibilité d'étendre les doigts, qui restaient en griffe. La main restait dans la demi-flexion. Les mouvements d'extension de la main étaient conservés; mais elle ne pouvait être portée ni en dedans ni en dehors.

La main relevée, en étendant les doigts le malade faisait écarter les doigts, ce qu'il ne pouvait faire les doigts fléchis.

La sensibilité était conservée partout.

D'après le relevé de ces troubles, il était facile de localiser la lésion, au passage du nerf radial dans le court supinateur, puisque au-dessus il donne les nerfs du long supinateur et des radiaux dont la fonction était conservée.

Le 31 mai, quatre jours après l'accident, j'opérais mon malade. J'agrandissais la plaie superficielle produite par l'entrée du fer rouge. Ayant écarté le premier radial en dehors, j'arrivais sur le court supinateur, et je trouvais la branche postérieure du nerf radial sectionnée, juste au moment où elle pénètre dans le court supinateur et donne le rameau du deuxième radial.

A l'aide de catguts fins je suturai les différents filets nerveux, car la séparation commençait à se faire à ce niveau; et j'avais été obligé d'aviver légèrement, pour enlever la partie abîmée par le fer rouge.

Le 3 juin, le malade sent quelques fourmillements dans le bout des doigts.

Le 6 juin, tout fourmillement avait disparu, on enlève le petit drain que j'avais mis par prudence.

Le 10 juin, tout était cicatrisé superficiellement, sans avoir suppuré.

Mais les mouvements d'extension de la main étaient toujours impossibles.

C'est alors que vers le 15 juin se produisit une paralysie complète des fléchisseurs des doigts, se joignant à celle des extenseurs. Le deltoïde, le biceps et les muscles de l'avant-bras se paralysent et s'atrophient. La sensibilité diminue sans disparaître sur tout le membre. J'assistais là à une lésion très probablement devant se rattacher à l'hystéro-traumatisme; et je fis électriser le malade. En effet je vis bientôt les muscles qui s'étaient pris tardivement récupérer leur force, se contracter et l'atrophie disparaître.

A la fin d'août le malade pouvait saisir le manche du balai, et balayer la salle; mais la paralysie des extenseurs due à la section du nerf persistait toujours complète.

Le 2 septembre il quittait la salle sans aucune amélioration de ce côté.

Je le revis en janvier 1891. Le même état persistait, et je n'espérais plus rien pour ce malade, lorsqu'en décembre 1891, il revenait me voir. J'eus alors la surprise de lui voir relever ses doigts, pas complètement encore, mais suffisamment pour que cela ne le gênât plus, et il me dit que c'était seulement depuis la fin d'août, c'est-à-dire plus de quatorze mois après la suture, qu'il avait vu cette amélioration se produire.

Ces faits concordent d'ailleurs avec ceux qui ont été relevés par Van Lair, qui donne entre trois mois et deux ans pour les délais pendant lesquels on peut voir se restaurer les fonctions d'un nerf.

Mais si la suture des nerfs, faite quelques heures après l'accident ou longtemps après, ne donne pas des résultats fonctionnels immédiats, mais tardifs, qu'il faut savoir attendre, comme l'a très bien dit M. Lejars, il semblerait qu'il n'en est plus toujours de même quand on peut suturer immédiatement, après une section nette, un gros nerf, dont les bouts sont faciles à coapter.

En 1894 je vous ai cité une observation de section du nerf sciatique poplité externe, qui s'était produite au moment où je dégageais l'extrémité du péroné hypérostosé d'un garçon de quinze ans. Je m'aperçus immédiatement de la faute que j'avais commise, je suturai le nerf, et la réunion immédiate me sembla démontrée par l'absence de tout trouble trophique, de motilité ou de sensibilité, consécutivement à mon opération. Or, je peux aujourd'hui rapporter une seconde observation identique recueillie dans mon service. Il s'agissait d'un ostéosarcome du péroné que mon assis-

tant, M. le Dr Ischwall, enlevait. Comme à moi il lui arriva, en dégageant l'os, de sectionner le nerf sciatique. J'étais présent, je lui conseillai de faire comme j'avais fait, la suture immédiate, ce qu'il fit; et les suites furent identiques à celles que j'avais observées chez mon malade. Aucun trouble de sensibilité et de motilité ne put nous faire douter de la réunion immédiate des deux bouts. Mais j'ai le soin d'insister sur les deux faits suivants. Il s'agissait d'un gros nerf facile à suturer, et la suture a suivi la section, sans qu'il y eût d'intervalle.

J'ai sur des lapins essayé de faire cette expérience sur le nerf sciatique. J'ai toujours échoué. Mais ici on a un nerf trop petit, très difficile à coapter exactement, et c'est ce qui est pour moi cause de mon insuccès.

Enfin, je terminerai en disant que M. Lejars a grandement raison d'insister sur la nécessité de bien libérer les bouts du nerf à rapprocher de tout tissu fibreux inflammatoire.

Cet enserrement par le tissu fibreux enflammé suffit en effe pour arrêter la conductibilité nerveuse; et j'en ai eu dernièrement la preuve sur un malade qui est entré cette année dans mon service à l'hôpital Lariboisière.

Il s'agissait d'un homme qui, à la suite d'un traumatisme violent du coude, avec luxation probable et réduite, avait vu survenir peu à peu des douleurs dans toute la sphère innervée par le nerf cubital, et une paralysie avec atrophie des muscles, qu'il tient à l'avant-bras sous sa dépendance.

Je mis à nu ce nerf, et je le trouvai au-dessous de l'interligne articulaire, engainé par du tissu fibreux très résistant, que je sectionnai et enlevai en partie.

Le nerf complètement libre, je pus constater son intégrité parfaite.

Le lendemain de l'opération, les douleurs avaient disparu, et le malade pouvait faire marcher son adducteur du pouce, ce qu'il ne pouvait pas faire la veille.

Il a quitté le service complètement guéri.

M. Quénu, — Il me paraît intéressant de noter exactement le temps nécessaire à la récupération des fonctions motrices chez l'homme à la suite des plaies des nerfs, suturées primitivement. Dans une série de sutures primitives faites chez l'homme pour des plaies du nerf radial ou pour des contusions du nerf radial par une fracture de l'humérus, j'ai noté que le temps était toujours le même : au bout de quatre mois et demi quelques petits mouvements d'extension sont possibles; au bout de cinq mois les doigts peuvent être spontanément redressés et la fonction est revenue.

J'ai observé comme durée nécessaire à la récupération des fonctions le même résultat à la suite d'une ligature du nerf. Cette ligature avait porté sur le nerf radial et avait été par erreur pratiquée par un interne de garde qui croyait lier l'artère axillaire. Le retour des fonctions fut parfait et débuta quatre mois et demi après la ligature. Je m'associe aux réflexions de M. Lejars, relatives aux différences qui séparent les sutures immédiates ou précoces des sutures tardives des nerfs. Mais je ne saurais accepter les faits de M. Reynier tels qu'il nous les a présentés. M. Reynier prétend avoir observé le rétablissement immédiat de la motilité à la suite d'une suture pour section du nerf sciatique poplité externe derrière la tête du péroné. Ses deux observations sont trop incomplètes pour établir un fait qui est en contradiction avec toutes les observations cliniques connues et avec ce que la physiologie nous a appris; il est vraisemblable qu'une anomalie dans la naissance ou dans la distribution des nerfs des muscles antéro-externes de la jambe pourrait rendre compte d'une conservation de fonction dont la constatation me paraît, du reste, avoir été assez vague.

M. Routier. — Je crois que, dans son rapport, notre collègue Lejars a bien indiqué la marche des phénomènes qui suivent les sutures nerveuses.

C'est au moins ce que j'ai observé dans un cas type qui remonte à 1887 et que j'ai eu à plusieurs reprises l'occasion de voir depuis.

Mme L. G..., âgée de vingt-six ans, vint en janvier 1887 me consulter pour un névrome très douloureux du nerf cubital, qui siégeait au niveau de la ligature classique de la cubitale à la partie inférieure.

Le 26 janvier 1887, je pratiquai la résection de ce névrome, qui était fusiforme et développé dans l'axe même du nerf. Les deux bouts nerveux, nettement sectionnés, furent réunis par deux catguts fins, la plaie suturée se réunit par première intention.

Bien que les deux extrémités nerveuses aient été bien mises en contact, le lendemain, l'anesthésie de la face palmaire des deux derniers doigts était complète; quelques jours après, elle ressentait en outre quelque douleur le long du nerf.

Un mois après, la sensibilité était toujours perdue, les mouvements des deux derniers doigts et l'opposition du pouce étaient difficiles, mais il n'y avait plus de douleurs spontanées. Elle avait en outre quelques troubles trophiques caractérisés par des sueurs profuses de la presque totalité de la main.

En avril, on constatait un peu d'amélioration, mais ce dont se

félicitait surtout la malade, c'était de ne plus souffrir; j'étais moins satisfait.

Aussi étais-je fort heureux en novembre, dix mois après, de constater que la guérison était parfaite; la sensibilité était revenue partout, les mouvements étaient tous faciles et complets et les sueurs de la main avaient cessé.

Je l'ai revue cette année encore, il y a quatorze ans depuis son opération; elle est restée parfaitement guérie.

Il y a donc, entre le moment de la section nerveuse, même suivie de suture immédiate, et la *restitutio ad integrum* des fonctions du nerf traumatisé, une période latente, comme l'appelle Lejars, qui est celle de la régénération du nerf.

Laissez-moi vous citer un autre cas où, pour un traumatisme datant de trois mois, dans lequel la malade s'était fait une profonde section transversale du poignet, j'intervins pour remettre en rapport nerfs et tendons, qui s'étaient rétractés et cicatrisés séparément. Sans parler de l'abolition des mouvements qui avait suivi la section des fléchisseurs superficiels et profonds, je veux surtout insister sur l'anesthésie totale qui résultait de la section des nerfs médian et cubital, et particulièrement sur les troubles trophiques de cette main qui, du fait de la profession de la malade (elle était cuisinière), était exposée à de fréquentes brûlures qu'elle se faisait précisément à cause de son anesthésie.

En décembre 1889, je pratiquai la suture du tendon et de deux nerfs; j'obtins un succès quant aux mouvements, et, sans avoir cependant le retour immédiat de la sensibilité, on obtint la disparition en un mois des troubles trophiques, contrairement à ce que j'avais observé chez ma malade précédente; j'avoue que je ne m'explique pas cette contradiction.

Poirier. — M. Reynier a parlé du rétablissement immédiat de la motricité après la section nerveuse. Je m'associe aux objections si judicieuses que vient de lui faire M. Quénu.

M. Reynier. — M. Quénu me reproche de ne pas préciser les conditions dans lesquelles la section nerveuse a été faite et la suture accomplie. Je crois cependant que la hauteur où le nerf a été coupé ne peut être plus précise que dans ce cas, car c'était au moment où le nerf contourne la tête du péroné contre le tendon du biceps.

La section avait été nette, et la suture, faite au catgut fin, avait été faite comme nous la faisons toujours. J'ai pu rapprocher aisément les deux bouts; et je peux affirmer à M. Quénu que moi, pas plus que M. Ischwall, nous n'avons pu douter un seul

instant de ce que nous avions coupé et suturé. Quant à savoir s'il n'y avait pas des anomalies, on comprendra qu'en pareille circonstance on ne dissèque pas son nerf sur une longueur assez étendue pour s'en rendre compte. Il est cependant peu présumable que nous nous soyons trouvés deux fois en présence d'anomalie.

M. Quénu. — Je n'ai jamais pensé ni dit que M. Reynier n'avait pas fait correctement sa suture nerveuse, mais comme le fait qu'il avance renverse tout ce que nous savons sur la pathologie nerveuse, j'ai le devoir de lui demander des observations complètes.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, je suis de l'avis de M. Quénu. Les faits dont nous a entretenus notre collègue Reynier ont une extrême importance. Dans deux cas qu'il a vus, la section du nerf sciatique poplité externe au niveau du col du péroné n'aurait été suivie d'aucun trouble fonctionnel, ou sous une autre forme la suture immédiate du nerf sectionné aurait été suivie du rétablissement immédiat de toutes ses fonctions. De tels faits ont un caractère si exceptionnel qu'il est indispensable de les bien préciser, et il ne me semble pas, je l'avoue, que les renseignements complémentaires que vient de nous fournir Reynier soient suffisants pour emporter la conviction.

Il faut, en effet, soigneusement distinguer, quand on étudie les conséquences de la section d'un nerf, la sensibilité de la motricité. Les troubles trophiques méritent aussi d'être pris en considération, mais ils n'ont d'intérêt qu'au moment de la régénération du nerf et du retour de ses fonctions. Lors de la section, il suffit d'étudier séparément la sensibilité et la motricité, mais cela est indispensable, car ces deux fonctions peuvent se comporter de façon toute différente.

Si M. Reynier a constaté seulement la persistance ou le retour immédiat de la sensibilité, cela n'a pas grande importance. Il existe, en effet, un certain nombre d'observations dans lesquelles la sensibilité, ou bien n'a pas été abolie après la section d'un nerf, ou bien s'est rétablie immédiatement après la suture. Le nerf, comme on l'a dit, *escompte la régénération* dans ces cas que l'on a appelés *paradoxaux*, pour bien montrer qu'ils sont en contradiction, au moins apparente, avec la physiologie. Je n'ai pas besoin de vous rappeler, car vous les connaissez aussi bien que moi, les nombreuses hypothèses qui ont été émises pour expliquer les faits de ce genre. Il en est une qui trouve ici peut-être plus qu'ailleurs son application ; c'est celle qui attribue la persistance de la sensibilité à l'existence de collatérales ou d'anastomoses plus ou moins anormales.

Dans les cas de section du sciatique poplité externe au niveau du col du péroné, la solution de continuité porte au-dessous de l'émergence de la branche cutanée péronière ; il n'est donc pas étonnant que la sensibilité cutanée persiste dans la région externe de la jambe. L'accessoire du saphène externe est également intact : or, c'est là une branche qui offre de fréquentes irrégularités. J'en ai moi-même montré des cas à la Société anatomique il y a longtemps.

En somme, si M. Reynier a simplement constaté la persistance de la sensibilité, ces deux faits sont de simples curiosités à ajouter à d'autres du même ordre déjà connues.

Mais s'il a constaté la persistance de la motricité, c'est une tout autre affaire. Ses cas prennent alors une importance de premier ordre.

Il nous a dit qu'il a fait l'exploration électrique. Là encore il faut distinguer.

S'il a électrisé les muscles, le renseignement n'a pas de valeur, car un muscle ne perd pas sa contractilité électrique aussitôt que son nerf est sectionné.

M. Reynier. — L'exploration a été faite au bout d'un mois.

M. Pierre Delbet. — M. Reynier nous dit que l'étude de la motricité n'a été faite qu'un mois après la suture. Il ne s'agit donc ni de la persistance, ni du rétablissement immédiat des fonctions motrices. Je n'ai pas besoin de poursuivre mon argumentation, il me suffit de constater le fait. Je m'arrête.

Sur la résection diaphysaire
dans les fractures par les balles actuelles.

M. Delorme. — Dans la séance du 20 mars 1900, notre collègue, M. Picqué, nous a posé la question suivante :

La résection diaphysaire typique, qui est l'opération de Baudens et d'Ollier, doit-elle être conservée?

A-t-elle quelques indications?

Doit-on toujours lui préférer l'esquillotomie économe?

M. Picqué croit devoir limiter la question aux fractures du membre supérieur où l'objection du raccourcissement n'a pas sa raison d'être et ne parler que de la résection primitive, les indications de la résection secondaire étant toutes différentes.

Je réponds à l'appel de notre collègue.

Je pense que le meilleur moyen de se rendre compte du degré d'utilité actuelle et d'opportunité de la résection diaphysaire primitive dans les fractures par coup de feu (c'est-à-dire de l'ablation de toutes les esquilles libres et adhérentes et de l'excision des extrémités des deux fragments de la fracture), c'est de rechercher quel était le but poursuivi par ceux qui ont imaginé ou pratiqué les premiers cette opération.

Je dirai en passant et avant d'aller plus loin, que ces devanciers, c'étaient des chirurgiens d'armée du dernier siècle, puis et surtout des chirurgiens des armées de la République et de l'Empire qui ont pratiqué ces opérations en très grand nombre et dont Baudens et Ollier n'ont fait que reprendre les enseignements.

Le but poursuivi était de *simplifier* le foyer de la fracture en vue de prévenir ou de limiter les accidents suppuratifs graves qui compliquaient le plus grand nombre des fractures par coup de feu.

Pour eux, les esquilles libres, impropres à servir à la constitution du cal, ne pouvaient qu'irriter le foyer de la fracture et provoquer la suppuration. Ils affirmaient que les esquilles adhérentes, ces esquilles que plus tard Dupuytren dénomma *secondaires* pour préciser leur sort, se libéraient en grande partie de leurs adhérences périostiques ou s'éliminaient après quinze, vingt jours, un mois et que leur présence dans le foyer de la fracture contribuait à augmenter et à prolonger la suppuration.

Quant aux extrémités fragmentaires, trop contuses pour reprendre leur vitalité, elles constituaient trop souvent, pour eux, des esquilles *tertiaires* à élimination spontanée ou chirurgicale retardée, englobées dans le cal, susceptibles, comme les esquilles secondaires, de prolonger la suppuration et d'entretenir des fistules dont l'occlusion accidentelle était suivie de phlegmons diffus et d'érysipèles.

On était à l'époque où, dans la genèse de la suppuration, on attribuait la plus large part aux irritations mécaniques. Il semblait donc tout indiqué de réduire le foyer de la fracture à une plaie de parties molles avec fragments nettement avivés. C'était, au point de vue du processus de guérison, rapprocher, croyait-on, le traumatisme du foyer réséqué de la plaie nette d'une amputation, avec cet insigne avantage d'assurer la conservation d'un membre dont celle-ci compromettait à tout jamais l'intégrité.

La conception était claire et paraissait sage, la pratique suivie semblait tout à l'avantage du blessé et la tâche du chirurgien était, pensait-on, facilitée. Mais l'expérience ne confirma pas les prévisions et les affirmations de la théorie.

Pas plus que la simplification la plus radicale du foyer de la

fracture, l'amputation, la résection ne mettait les réséqués, dans les milieux infectés où pratiquaient nos devanciers et avec leurs pansements si imparfaits, souvent nocifs, à l'abri des complications les plus graves des plaies : la lymphangite, le phlegmon diffus, l'érysipèle, l'ostéomyélite. La mortalité était effrayante et bien supérieure à celle des blessés que leur volonté, le hasard, les idées plus conservatrices des chirurgiens qui les soignaient, avaient mis à l'abri d'une résection. Puis, la pseudarthrose était fréquente, le résultat fonctionnel défectueux, mais, par-dessus tout, la suppuration n'était ni tarie ni amoindrie, le traitement restait complexe, le but n'était pas atteint. On abandonna l'opération.

Baudens, avec les mêmes idées de simplification, la reprit; il ne fut pas suivi, malgré ses succès opératoires; son exemple et ses préceptes, qui avaient entraîné les chirurgiens militaires allemands et surtout les chirurgiens américains, amenèrent des désastres; et les efforts d'Ollier et les espérances qu'il faisait entrevoir du fait de la conservation du périoste furent impuissants à faire reprendre la résection diaphysaire comme méthode générale, toujours parce que les accidents suppuratifs graves contre lesquels on croyait se mettre en garde en la pratiquant, se montraient avec le même degré de fréquence et de gravité.

Passons sur ces vicissitudes et sur ces résultats que la méthode antiseptique a transformés; mais, retenant l'essentiel dans la question, l'idée du but poursuivi, nous pouvons et nous devons nous demander si c'est à l'heure où les processus de guérison des fractures par coup de feu sont si différents de ceux observés à l'époque où la résection fut imaginée, si c'est alors qu'une certaine partie de nos fractures guérit comme des fractures simples, que les autres guérissent presque toutes après une suppuration modérée ne compromettant pas la vitalité des esquilles et la formation du cal, si c'est à ce moment, dis-je, que cette opération peut être reprise et son emploi conseillé? Je ne le pense pas pour ma part.

C'est, je crois, pour nous tous une vérité bien établie que, dans les fractures ouvertes communes, toutes les esquilles adhérentes doivent être conservées avec le plus grand soin. Il n'y a pas, ce me semble, de raison valable de modifier cette règle pour les fractures diaphysaires produites par les balles.

Plus les esquilles adhérentes sont nombreuses, à quelque groupe de fracture qu elles appartiennent, plus la constitution du cal est facile, rapide, solide; les sacrifier, c'est aller au devant d'un résultat inverse, désavantageux, et les préférences qu'Ollier affirmait pour une simple coque périostique dont la rugine avait pourtant compromis la couche ostéogénique au lieu et place d'une *mo-*

saïque d'esquilles proliférantes, ces préférences ne sont pas partagées.

Ceci admis, il est un fait que mes recherches personnelles, pleinement confirmées d'ailleurs, ont bien mis en lumière, c'est que dans le *premier groupe* des fractures par coup de feu, dans les *fractures produites par le simple contact des balles* (*fractures par contact*), toutes les esquilles sont adhérentes.

Il n'y a donc pas, dans ces fractures, lieu à intervention, lieu même à une simple ablation d'esquilles.

Dans les *deux autres groupes* de ces fractures (*fractures par perforation et par gouttières*), les esquilles sont en très grande majorité adhérentes, et il n'y a d'*esquilles libres que celles qui proviennent des points du cylindre osseux directement touchés par la balle*. Or, celle-ci étant de dimensions diamétrales restreintes, les esquilles libres sont peu nombreuses et de faible étendue.

En libérer le foyer de fracture relève d'une esquillotomie : le mot est peut-être même impropre, impliquant par son étymologie l'idée de sections, d'interventions chirurgicales importantes, alors que, le plus souvent, il ne s'agit que de cueillir avec une pince et d'enlever sans la moindre difficulté, par un orifice que la balle et des esquilles projetées hors du membre ont ordinairement agrandi, alors qu'il ne s'agit, dis-je, que de cueillir de courts fragments bien détachés.

Et puisque jusqu'ici j'ai tant insisté pour que les esquilles adhérentes fussent sûrement ménagées et les esquilles libres seules enlevées, j'ajouterai, pour préciser la technique et éviter toute manœuvre regrettable, que ces esquilles *libres* correspondent *toujours* à la deuxième partie du canal cutanéo-musculo-osseux creusé par la balle, c'est-à-dire à cette partie qui s'étend du canal de sortie osseux à l'orifice de sortie cutané.

Il n'y a guère qu'une *variété* de fracture dans laquelle on puisse songer à pratiquer une résection diaphysaire, c'est la fracture par perforation produite par une balle animée d'une très grande vitesse, tirée à très courte portée. Les fragments du projectile souvent subdivisé et les premières esquilles auxquelles ils ont communiqué une partie de leur force vive étendent et aggravent les dégâts osseux.

Des esquilles adhérentes dans les variétés communes de ces fractures par perforation sont, là, en partie libérées et très ébranlées à leurs attaches périostiques.

Mais ne serait-ce pas précisément une pratique paradoxale et condamnable que de sacrifier des pièces osseuses en grande partie utilisables pour la formation du cal quand on a à regretter d'en voir le nombre diminué ?

En résumé, la résection diaphysaire primitive, appliquée aux fractures par balles, est une opération qui ne relève plus que de l'histoire de la chirurgie d'armée.

Son but, qui était de prévenir ou de limiter des accidents suppuratifs, n'est plus à poursuivre avec les processus actuels de guérison des fractures par les balles et nos modes de traitement.

Elle sacrifie les esquilles adhérentes au périoste, qui sont de beaucoup les plus nombreuses et les plus étendues et qui contribuent si activement à la formation du cal.

Remplaçant par deux surfaces horizontales les quatre surfaces obliques des fragments des fractures par perforation — les plus communes — elle réduit des 3/5 l'étendue de la réparation fragmentaire, expose à la pseudarthrose ou aux retards de consolidation et prolonge le traitement.

Alors que la balle n'a, dans aucune fracture par coup de feu, pas produit de perte de substance circonférentielle, mais seulement une perte de substance partielle, la résection diaphysaire supprime des fragments une portion osseuse de 4 à 20 centimètres (si l'on veut atteindre les limites des lésions); modifiant les rapports d'étendue des muscles et des os, elle trouble le fonctionnement des premiers et, pour le membre inférieur, rend la marche difficile par le fait du raccourcissement qu'elle entraîne.

La résection diaphysaire *primitive* appliquée aux fractures par balles est, pour moi, *une opération à abandonner comme pratique générale*. Elle doit être remplacée par l'ablation des esquilles libres du canal de sortie, chaque fois qu'on en constate la présence.

J'ajouterai même, sans m'étendre sur les considérants de cette formule thérapeutique que j'ai développés ailleurs (1), que les résections diaphysaires *secondaire* et *ultérieure* doivent rester des opérations d'exception qui seront remplacées avantageusement par l'évidement ou l'esquillotomie portant sur quelques esquilles ou portions d'esquilles et sur des extrémités fragmentaires ou des lamelles nécrotiques détachées des bords des fissures.

M. Chauvel. — J'appuie absolument ce que vient de nous dire M. Delorme, d'après mon expérience basée sur des faits nombreux, observés pendant la guerre de 1870. La résection dans les fractures par coups de feu est une intervention inutile toujours et souvent nuisible.

---

(1) *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, article « Résection », et *Traité de chirurgie de guerre*, t. II, p. 119.

De la cocaïnisation lombaire.

M. Chaput. — Je n'ai pas l'intention de reprendre en détail les effets de la cocaïnisation lombaire ; cette étude a été faite magistralement par notre collègue Tuffier; je veux seulement étudier dans les grandes lignes les résultats de mon expérience personnelle. J'ai fait actuellement environ 57 cocaïnisations lombaires. Ce chiffre est insuffisant pour formuler des conclusions définitives, mais il permet cependant de se faire une idée générale des avantages et des inconvénients de la méthode.

J'ai adopté la technique de Tuffier relativement à l'aiguille, à l'attitude du malade et aux points de repères. Je me suis servi constamment d'une solution de cocaïne tyndallisée à 1 p. 100 ; l'injection a été faite rapidement dans presque tous les cas. J'ai combattu les effets de la cocaïne sur le cœur dans la plupart des cas par l'injection de caféine, et tout récemment par la ligature du cou et l'administration d'alcool et de digitale.

Sur 51 cas où des notes détaillées ont été prises, nous notons 35 anesthésies parfaites, 11 anesthésies assez bonnes, 5 anesthésies nulles.

Les *anesthésies parfaites* n'ont donné lieu à aucune plainte, ni réaction d'aucune sorte, ni à l'incision ni au décollement d'adhérences ; ces 30 cas supportent la comparaison avec l'anesthésie générale.

Les *anesthésies assez bonnes* sont celles où les malades ont proféré des plaintes.

Les plaintes s'expliquent par la peur des malades, par l'angoisse cocaïnique et par le fait que les malades, percevant la sensation tactile, s'imaginent souffrir. La preuve qu'il en est ainsi, c'est que dans aucun cas les malades n'ont eu de mouvements de défense ; jamais il n'a été nécessaire de les maintenir.

Plusieurs des anesthésies assez bonnes s'expliquent encore par une dose insuffisante de cocaïne, ou par la qualité ou le mode de préparation de notre cocaïne qui, au début, n'étaient pas absolument parfaits.

Les *anesthésies nulles* sont celles où j'ai été obligé de recourir au chloroforme. Les explications précédentes sont valables encore ici, car les malades poussaient des cris au simple contact des doigts.

Depuis le 22 mars dernier, je n'ai pas eu une seule anesthésie mauvaise, et j'attribue ces résultats à une confiance plus grande des malades et à une technique meilleure.

L'influence du sexe paraît réelle.

Sur 33 hommes, nous comptons :
23 anesthésies très bonnes;
8 assez bonnes;
2 nulles.

Sur 18 femmes :
12 anesthésies très bonnes;
3 assez bonnes;
3 nulles.

Nous verrons d'ailleurs que les inconvénients de la cocaïne sont beaucoup plus marqués chez la femme que chez l'homme.

La dose de cocaïne est également importante.

Avec 2 centigr. 5, une seule anesthésie très bonne.
Avec 2 centigr. 10, anesthésies toutes excellentes.

Les résultats assez bons et nuls nous ont été fournis exclusivement par les doses de 1 centigr. 5.

Les limites de l'anesthésie ont été notées 22 fois.

Avec 1 centigr. 5. *Limite supérieure* :

Ombilic.	3 fois.
Epigastre	3 —
Appendice xiphoïde	1 —
6ᵉ espace intercostal.	1 —
3ᵉ espace intercostal.	2 —
Sillon mammaire	1 —
Mamelon	4 —
Cou et membres supérieurs inclusivement. .	7 —

Avec 2 centigr. et 2 centigr. 5, 6 cas. *Limite supérieure* :

Sillon mammaire;
6ᵉ espace intercostal;
Tragus et membres supérieurs (inclusivement);
Cou et membres supérieurs;
3ᵉ espace intercostal;
Milieu sternum.

Il ressort de ces chiffres que la hauteur de l'anesthésie n'est pas en rapport d'une manière absolue avec la dose, puisque des doses faibles ont fourni une anesthésie élevée, tandis que des doses élevées n'ont procuré qu'une anesthésie moins étendue.

Cependant, d'une manière générale, la hauteur minima des anesthésies est plus élevée avec les doses fortes qu'avec les doses faibles.

Je suis arrivé à cette conclusion que la dose de 1 centigr. 1/2 suffit pour les opérations sur le membre inférieur. — La dose de 2 centigrammes est préférable pour les opérations sous-sternales

sur le tronc. — Et celle de 2 centigr. 1/2 à 3 centigrammes est utile pour anesthésier la région sus-xiphoïdienne du corps et les membres supérieurs.

Je n'ai pas fait d'opérations à la cocaïne sur les membres supérieurs, mais je suis convaincu qu'elles sont possibles.

Disons cependant qu'à moins d'indications spéciales, on devra préférer l'anesthésie générale pour les opérations sus-xiphoïdiennes, parce que dans ces cas la dose de cocaïne est relativement élevée, parce que l'anesthésie est tardive, dure peu et manque quelquefois.

Les *vomissements* pendant l'opération ont existé 20 fois et ont manqué 28 fois. — Ils se rencontrent avec une moindre fréquence chez l'homme. — Sur 17 femmes, 9 vomissements; sur 31 hommes, 12 vomissements.

Les vomissements paraissent davantage liés à la susceptibilité nerveuse qu'à la question de doses. Sur 8 malades ayant reçu 2 centigrammes de cocaïne, 3 seulement ont vomi. Les *vomissements* sont généralement rares pendant l'opération, ils varient de 1 à 3 ; deux fois ils ont été très fréquents.

Le *pouls* présente deux modifications importantes, sa rapidité et sa dépressibilité. Dans certains cas il devient filiforme, et non perceptible.

Sur 18 *cas* nous notons :

Pouls accéléré, au-dessous de 100.	8 cas.	7 hommes.	1 femme.
De 100 à 110.	3 —	3 —	0 —
De 110 à 120.	3 —	2 —	1 —
150 et incomptable.	4 —	1 —	3 —

Lorsque le pouls dépasse 120, l'angoisse est souvent très vive ; cependant, dans aucun des cas que j'ai observés les malades n'ont été gravement malades, ni même dans un état inquiétant.

Très souvent le pouls est très accéléré avant l'opération (je l'ai vu monter à 150) ; aussitôt l'opération finie, l'angoisse se calme, et le pouls baisse rapidement.

Je n'ai jamais observé d'agitation violente, ni de délire, mais seulement de l'angoisse, avec peurs, loquacité et inquiétudes; ces phénomènes sont plus marqués et plus fréquents chez les femmes.

Les phénomènes consécutifs les plus importants sont l'élévation de température, les vomissements et la céphalalgie.

L'élévation de température n'est pas constante; sur 38 cas, elle n'a été observée que 28 fois.

Elle peut être légère, aux environs de 38, ou considérable, 39, 40 degrés.

Elle ne s'accompagne d'aucun malaise et elle est caractérisée par l'excellence de l'état général.

L'élévation de température s'observe un peu moins souvent chez l'homme que chez la femme.

Sur 25 hommes : 19 élévations de température;
6 températures normales.
Sur 13 femmes : 9 élévations de température;
4 températures normales.

Les *vomissements post-opératoires* sont rares; sur 42 cas ils ont été observés seulement 9 fois : 6 fois chez la femme et 3 fois chez l'homme. Le plus souvent ils sont peu fréquents.

Dans une observation, chez une femme, ils ont duré vingt-quatre heures. Chez une autre femme, ils ont duré cinq jours; chez une troisième femme, les deux premiers jours se sont passés sans vomissements; elle a présenté ensuite des vomissements presque incoercibles, rejetant tout ce qu'elle absorbait; ces vomissements ont duré du deuxième au cinquième jour. Ils cessèrent complètement après l'administration d'un purgatif. Malgré ces vomissements, la malade préfère la cocaïne au chloroforme, qu'elle a d'ailleurs expérimenté.

Remarquons que ces vomissements prolongés et fort désagréables n'ont été observés que chez les femmes.

Un inconvénient plus fréquent et souvent fort ennuyeux, c'est la céphalalgie post-opératoire.

Sur 36 cas, nous l'observons 24 fois (nulle 12 fois).

La proportion est à peu près la même chez l'homme et chez la femme.

Nous trouvons en effet :

23 hommes avec . . . . 15 céphalalgies.
13 femmes avec. . . . . 9 —

Soit 24 céphalalgies sur 36 cas.

En général, la céphalalgie ne dure qu'un ou deux jours, auquel cas elle n'a que peu d'importance: chez 2 femmes elle a duré 3 jours (opération de Schrœder) et 11 jours (évidement du tibia).

Chez un homme, elle a duré 4 jours (appendicite); il est vrai que cet homme se plaignait de maux de tête depuis plusieurs jours avant l'opération.

Nomenclature des opérations faites à la cocaïne lombaire.

Opérations sur le membre inférieur.

Résection du genou	1 cas.
Amputation orteils	2 —
Évidements osseux	5 —
Résection de varices	1 —
Incision syn. fong. pied.	1 —
Ablation d'un énorme sarcome de la cuisse (échec, chloroforme)	1 —
Résection, fracture ancienne de jambe	1 —
Total.	12 cas.

Opérations sur l'abdomen.

Appendicites (1 échec, chloroforme)	4 cas.
Cure radicale de hernies (1 échec, chloroforme).	13 —
Laparotomie médiane pour péritonite aiguë. . .	1 —
Anus iliaque	1 —
Contre-ouverture lombaire (kyste hydatique de la rate.	1 —
Psoïtis (échec, chloroforme)	1 —
Ablation de fils d'argent enkystés dans la paroi après gastro-entérostomie.	1 —
Total.	22 cas.

Opérations sur le vagin et l'utérus.

Colpotomies pour pyosalpinx (1 échec, chloroforme).	3 cas.
Colpotomie pour hématocèle	2 —
Colpotomie exploratrice.	1 —
Opération de Schrœder	1 —
Curage pour cancer de l'utérus	2 —
Total.	9 cas.

Opérations sur l'anus.

Hémorroïdes. Dilatation et cautérisation. . . .	3 cas.
Fistule anale, incision (1 échec, chloroforme) . .	2 —
Incision d'abcès anal	2 —
Total.	7 cas.

Opérations sur le testicule et la verge.

Ablation d'un kyste spermatique	2	cas.
Tub. du testicule, castration	1	—
Castration pour hématocèle	1	—
Phimosis	1	—
Tumeur du testicule	1	—
Total	6	cas.

Thorax.

Abcès froid. Résection de la 2e côte	1	cas.

Avantages de la cocaïnisation lombaire. — L'anesthésie lombaire donne une anesthésie très satisfaisante, qui n'est inférieure à l'anesthésie générale que par l'émotion et l'angoisse qui l'accompagnent.

Je ne parlerai pas de la mortalité de la cocaïne lombaire, je laisse la parole à MM. Reclus et Tuffier, qui auront à se mettre d'accord sur la valeur des cas de mort publiés.

Ce qui m'a frappé le plus comme chirurgien, c'est l'absence ordinaire du shock post-opératoire. Je dois dire cependant que chez ma dernière opérée, âgée de soixante-deux ans, il y a eu pendant l'opération une angoisse très pénible, et après l'opération des sensations d'étouffement avec pâleur et altération des traits, phénomènes vraiment inquiétants. J'ai été frappé aussi de l'absence de complications pulmonaires post-opératoires. J'ai d'ailleurs été conduit à employer cette anesthésie par une épidémie de congestions pulmonaires qui frappait la plupart de mes opérés anesthésiés au chloroforme. Depuis l'emploi de la cocaïne, ces accidents ne se sont pas reproduits.

J'ai opéré entre autres une femme de soixante-cinq ans, atteinte d'un cancer inopérable du rectum, et profondément cachectique. Elle a supporté admirablement 2,5 de cocaïne; l'anesthésie a été très bonne et elle est rentrée dans son lit, rose, calme, souriante, en meilleur état qu'avant l'opération.

La cocaïne a encore une grande supériorité sur l'anesthésie générale; elle n'altère ni le rein, ni le foie.

C'est cette absence de shock et de réactions pulmonaires rénales hépatiques, qui fait de la cocaïne lombaire l'anesthésique de choix pour les pulmonaires, les cachectiques, les épuisés, les viscéraux, lorsque la cocaïne locale est chez eux inapplicable.

Opinion des malades. — J'ai fait plébisciter mes opérés de cocaïne lombaire actuellement dans mes salles. Sur 10 hommes, 8 se prononcent résolument en faveur de la cocaïne lombaire

2 ont hésité, l'un parce qu'il a l'expérience du chloroforme qui lui réussit très bien, l'autre parce qu'il a conservé un mauvais souvenir de la céphalalgie post-opératoire. Tous deux d'ailleurs sont d'avis qu'en cas de nécessité ils emploieraient volontiers la cocaïne.

Sur 8 femmes, 4 sont résolument partisans de la cocaïne lombaire; une d'elles cependant a été très éprouvée par trois jours de vomissements incoercibles, mais des chloroformisations antérieures ont été si pénibles qu'elle préfère encore la cocaïne lombaire.

Une autre a eu de violents maux de tête pendant quatre jours; mais comme elle ne peut supporter l'odeur du chloroforme, elle préférerait encore la cocaïne lombaire.

Une cinquième malade est un peu hésitante, à cause de sa céphalée qui a d'ailleurs peu duré, mais elle recommencerait au besoin.

Trois autres malades repoussent vivement la cocaïne, l'une parce qu'elle a eu des maux de tête pendant onze jours; l'autre a eu des suites satisfaisantes, mais elle se plaint que l'anesthésie n'a pas été suffisante.

La troisième a présenté après l'opération des étouffements avec pâleur de la face et altération des traits, qui ont été assez inquiétants.

En résumé, à ne considérer que l'opinion des malades basée d'après les suites opératoires, nous comptons, sur 7 cas, 5 favorables et 2 défavorables. Au total, sur 17 malades, 15 cas favorables et 2 défavorables.

Valeur de l'anesthésie lombaire. — L'anesthésie obtenue par la cocaïnisation lombaire est, en somme, extrêmement satisfaisante, sauf chez les sujets très nerveux.

Elle me paraît contre-indiquée chez les enfants et chez les adultes nerveux ou peureux, surtout les femmes.

Elle est contre-indiquée encore pour les opérations qui exigent la résolution musculaire, réduction de fractures, de luxations, laparotomies difficiles et profondes.

En clientèle, il est impraticable d'utiliser la cocaïne lombaire pour les laparotomies difficiles en position inclinée, ou pour les opérations en position gynécologique; il y a là une question de sentiment ou de convenance qui devra nous arrêter presque toujours.

La méthode *Bier-Tuffier* est parfaitement applicable pour les laparotomies en surface (gastro-entérostomies, appendicites, anus iliaques, hernies, kystes d'ovaire), mais elle est beaucoup moins avantageuse dans les laparotomies en profondeur : pylorectomie,

hystérectomie abdominale, salpingite, à cause des vomissements, de la rigidité musculaire, des efforts et de l'émotion des malades; cependant Tuffier a pu l'utiliser même dans ces cas.

Les limites de l'anesthésie lombaire sont variables; elle permet à la rigueur d'opérer sur tout le thorax, la base du cou et même sur les membres supérieurs. La dose de 3 centigrammes est suffisante pour cela, et on aura le droit d'y recourir si l'on a des motifs sérieux. Pour les opérations sous-xiphoïdiennes, l'anesthésie lombaire, chez l'homme, peut hardiment être mise en parallèle avec l'anesthésie générale.

Chez la femme, elle a beaucoup plus d'inconvénients : angoisse intense, pouls incomptable, vomissements post-opératoires tenaces, céphalalgie prolongée et très pénible; on ne l'emploiera chez la femme qu'à bon escient, chez des personnes calmes et courageuses, ou lorsque l'anesthésie générale est contre-indiquée.

Les indications formelles de la cocaïne lombaire sont réalisées par les contre-indications de l'anesthésie générale, telles que les affections pulmonaires, cardiaques, hépatiques, ou rénales, l'âge avancé des malades, la cachexie.

Les opérations sur la grossesse qui contre-indiquent l'anesthésie générale réclament nécessairement l'anesthésie lombaire.

En résumé : 1° l'anesthésie lombaire est *préférable* à l'anesthésie générale pour les vieillards, les cachectiques, les pulmonaires, les maladies viscérales, les opérations sur le poumon.

2° En raison de l'absence de shock et de réactions sur le poumon et sur les reins, elle est supérieure à l'anesthésie générale pour la plupart des opérations sous-xiphoïdiennes, chez les hommes et chez les femmes calmes et courageuses.

3° Elle est contre-indiquée chez les enfants, les nerveux, les laparotomies difficiles.

4° Elle paraît moins satisfaisante que l'anesthésie générale chez bon nombre de femmes jeunes et nerveuses.

5° Pour les opérations sus-xiphoïdiennes, à moins de raisons spéciales, elle paraît moins avantageuse que l'anesthésie générale (nécessité des doses élevées, anesthésie tardive, durant peu, infidèle).

Présentations de malades.

Hernie inguinale interstitielle avec ectopie testiculaire.

M. PEYROT. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie un jeune malade de seize ans, opéré le 6 novembre dernier

d'une hernie inguinale interstitielle avec ectopie testiculaire, dans mon service à l'hôpital Lariboisière, par notre collègue, mon assistant le Dr Souligoux.

Comme vous le pouvez voir, ce testicule, qui se trouvait originairement accolé avec ses enveloppes à la face antérieure de l'aponévrose du grand oblique, a pu être descendu dans le scrotum où il est maintenant libre, suspendu par un cordon de 2 à 3 centimètres au-dessous de l'épine pubienne.

Préoccupés comme tout le monde de la difficulté que l'on éprouve à empêcher le testicule de remonter vers l'anneau, nous avons depuis longtemps l'habitude, M. Souligoux et moi, de le fixer aux parties solides et résistants, qui l'avoisinent. Le plus souvent M. Souligoux se contente, comme il l'a fait chez ce jeune malade, d'attacher à leur partie inférieure, près du testicule, les éléments du cordon à l'aponévrose du grand adducteur tout près de l'orifice externe du trajet inguinal. Il le fait avec deux fils de soie fine placés l'un en dedans, l'autre en dehors du cordon. Je préfère fixer les éléments du cordon sur plusieurs points. Aussi je crois devoir placer quelques points à la Bassini ; je fixe les éléments du cordon à ces points eux-mêmes. Il est entendu que toujours une libération complète et absolue du testicule et des éléments du cordon doit précéder toute fixation.

Énorme gibbosité dorsale chez un jeune garçon ayant subi, cinq ans auparavant, un redressement forcé avec résection étendue des apophyses épineuses, pour un mal de Pott.

M. Kirmisson. — Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à votre examen un jeune garçon de onze ans, entré récemment dans mon service pour une ostéite suppurée du cubitus droit, et qui présente en même temps une énorme gibbosité consécutive à un mal de Pott.

La maladie vertébrale a fait son apparition à l'âge de quatre ans ; l'enfant a d'abord été traité par l'application d'appareils plâtrés ; à l'âge de six ans, il a subi le redressement forcé, joint à l'excision des apophyses épineuses sur une grande hauteur, comme en témoigne une cicatrice longue de 15 centimètres que nous constatons au-devant de la gibbosité.

Aujourd'hui, vous le voyez, la déformation thoracique est énorme, et, en même temps, l'enfant présente une dyspnée très accentuée.

Or, il est intéressant de noter que le petit malade est resté pen-

dant trois ans en traitement sous la direction du chirurgien qui l'a opéré; depuis lors, il a constamment porté, jusqu'au mois de janvier de cette année, des corsets plâtrés, qui lui ont été appliqués par un second médecin, élève du premier. On ne peut donc pas dire que, dans ce cas particulier, le résultat obtenu soit dû à l'absence de traitement consécutif; on comprend, du reste, qu'en réséquant les apophyses épineuses et désinsérant dans une grande étendue les muscles spinaux extenseurs du rachis, on favorise la flexion de la colonne vertérale et la production de la gibbosité.

Ce n'est pas la première fois que j'ai l'occasion d'observer les résultats déplorables fournis par cette pratique. J'ai l'honneur de mettre actuellement sous vos yeux la photographie d'une petite malade qui, elle aussi, a subi le redressement forcé et la résection des apophyses épineuses pour un mal de Pott dorsal supérieur; chez elle, la déformation est plus abominable encore.

Voici, également, la photographie d'un troisième enfant traité par le redressement forcé; chez lui, la gibbosité est moins considérable que chez les deux précédents; mais elle est encore au moins égale à ce que nous obtenons par le traitement conservateur dans les cas les plus défavorables.

Il est intéressant de placer en regard des faits précédents la photographie que je vous soumets maintenant d'une fillette de huit ans, traitée par moi depuis six ans par la méthode conservatrice; la déformation vertébrale est insignifiante, la rectitude générale du tronc ne laisse rien à désirer; l'état général est excellent, et cependant l'enfant a eu un abcès par congestion guéri par deux injections d'éther iodoformé.

Amputation ostéoplastique du pied.

M. Souligoux présente un malade auquel il a fait une amputation ostéoplastique du pied, par le procédé de Ricard. — M. Peyrot, rapporteur.

Présentation de pièces.

Calcul intestinal dans un appendice.

M. Guinard. — Messieurs, je vous présente un calcul intestinal que j'ai trouvé dans un appendice au cours d'une crise aiguë

d'appendicite. L'appendice était sphacélé à son extrémité terminale et ouvert dans un abcès à pus épais, infect. Une plaque de sphacèle siégeait en outre sur l'organe à 1 centimètre de son insertion sur le cæcum. Le calcul a le volume, la forme et l'aspect d'un très gros noyau de cerise. L'opération faite, lorsque je voulus sectionner le calcul, il se réduisit en plusieurs coques concentriques et je trouvai au centre *un pépin de raisin*. Me défiant des apparences, j'ai eu soin de couper par le milieu ce pépin de raisin, et il n'y a pas de doute possible : c'est bien d'un corps étranger vrai qu'il s'agit ici. Ces faits sont très rares, et celui-ci montre bien comment les accidents ont évolué chez mon petit malade, et comment par conséquent ils doivent évoluer dans nombre de cas. Pénétration accidentelle du pépin de raisin dans l'appendice ; accumulation de couches stratifiées de sels intestinaux autour de cette sorte de « centre de cristallisation », absolument comme dans certains calculs vésicaux. Enfin, au cours d'une grippe avec amygdalite, éclosion des accidents péri-appendiculaires qui n'auraient pas éclaté s'il n'y avait eu au préalable ce calcul dans la cavité appendiculaire. Mais il y a là une question de doctrine et de clinique que je me réserve de discuter ultérieurement.

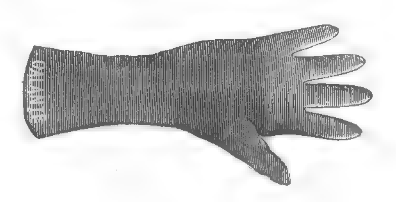
M. Peyrot. — A propos de ces corps étrangers je ne sais si je vous ai cité le cas d'une femme qu'on croyait atteinte de phlegmon péri-néphrétique et que je vis lorsqu'elle était en voie de guérison. A la suite d'une prise de calomel, elle rendit et me montra triomphante le corps du délit : c'étaient trois noyaux de fruits différents que trois mois auparavant elle avait avalés volontairement pendant une soirée à l'Opéra. Ces noyaux, rendus avec fracas, avaient provoqué des phénomènes appendiculaires et péri-appendiculaires graves, dont elle fut guérie par cette expulsion.

Présentation d'instrument.

Présentation de gants de caoutchouc.

M. Chaput. — J'ai fait faire en avril 1898, par M. Galante, des gants en caoutchouc qui diffèrent des modèles généralement adoptés par les caractères des doigts. Ces doigts sont en effet très

larges et très courts. La brièveté a pour avantage d'appliquer étroitement le doigtier sur la pulpe du doigt de l'opérateur, ce qui est très avantageux pour la finesse du tact.



La largeur des doigtiers laisse libre la circulation des doigts; à la fin d'une longue opération l'opérateur n'éprouve ni fatigue digitale ni diminution du tact; j'ai pu me convaincre que les gants de M. Quénu provoquent très rapidement la sensation de fatigue digitale, à cause de leur étroitesse.

Malgré la largeur des doigtiers, l'opérateur conserve une agilité et une sensibilité excellentes; depuis trois ans j'ai fait toutes mes opérations sans exception avec ces gants de caoutchouc, et jamais je n'en ai éprouvé la moindre gêne.

J'ajouterai que nombre de mes collègues se servent de ces gants sans en connaître l'origine.

M. Quénu. — Je reproche à ces gants d'avoir le pouce implanté sur leur face palmaire, et non sur leur bord latéral. Leur épaisseur doit considérablement gêner pour la palpation et les opérations.

M. Chaput. — Cette situation du pouce n'est nullement gênante, pas plus que l'épaisseur du gant; cette dernière permet d'ailleurs de faire bouillir ces gants, tous les jours, pendant deux mois sans qu'ils subissent la moindre altération.

Élections.

Nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Nombre des votants : 24

M. Quénu	obtient	24	voix.
M. Ch. Monod	—	23	—
M. Demoulin	—	23	—
M. Brun.	—	1	—
M. Beurnier	—	1	—

En conséquence MM. Quénu, Ch. Monod et Demoulin sont nommés membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 1er MAI 1901

Présidence de M. Reclus

A propos du procès-verbal de la dernière séance.

M. Paul Reynier. — Deux erreurs se sont glissées dans la rédaction de ma communication de l'autre jour, erreurs que je demande à rectifier.

Page 440, au lieu de : « mais elle ne pouvait être portée ni en dedans ni en dehors », il faut mettre : « elle pouvait se porter en dedans et en dehors en supination. »

Page 441, à la place de : « les mouvements d'extension de la main étaient toujours impossibles », je demande qu'on mette : « les mouvements d'extension des doigts étaient toujours impossibles. »

M. Chaput. — De la cocaïnisation lombaire (Discussion), p. 458, ligne 20, au lieu de : « les opérations sur la grossesse », lire : « les opérations sur le poumon ».

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Hennequin qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Delorme dépose sur le bureau un travail de M. le Dr Toussaint intitulé : *Note sur la thérapeutique chirurgicale de l'appendicite dans l'armée.* — Le travail de M. le Dr Toussaint est renvoyé à une commission : M. Delorme, rapporteur.

M. Picqué offre à la Société de Chirurgie le tome premier du recueil de travaux qu'il publie avec la collaboration de M. Jules Dagonet sur la *Chirurgie des aliénés* (1).

M. le Président remercie M. Picqué au nom de la Société de chirurgie.

Discussion.

Sur la suture nerveuse.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je vous relatais l'autre jour deux observations de suture du nerf sciatique poplité externe, faite immédiatement après la section du nerf, et semblant, par l'absence de tout trouble consécutif, par le retour rapide de la sensibilité et de la motilité, permettre de faire penser à une réunion immédiate.

Mais ce mot de réunion immédiate a soulevé les protestations d'un certain nombre de mes collègues, qui n'admettent pas la possibilité de cette réunion immédiate. Ils ont trouvé mes observations incomplètes, et m'ont énuméré toutes les causes d'erreur que je connaissais comme eux, et qui peuvent faire interpréter autrement de pareilles observations. Je n'avais pas, d'après eux, suffisamment disséqué mes nerfs, pour affirmer l'absence de toute anomalie. Je n'avais pas suffisamment examiné mes malades pour qu'il n'y eût aucune espèce de doute sur les phénomènes observés. Et quand, répondant à M. Delbet qui me demandait si j'avais fait l'exploration électrique, et à quel moment, j'ai répondu que c'était au bout d'un mois, M. Delbet, d'un air triomphant, a alors déclaré qu'il ne continuait pas son argumentation, semblant

(1) Ce premier volume comprend tous les travaux personnels qui ont abouti à l'édification de ce pavillon. Il représente en quelque sorte l'histoire scientifique de ce pavillon.

dire que je lui fournissais des armes pour la thèse inverse qu'il soutenait. Mais d'après ce que je vois, dans les comptes rendus de la séance dernière, M. Delbet a dû se méprendre sur ce que je répondais. Je vois en effet qu'il dit que je n'avais pas fait l'étude de la motricité; or, cette motricité, je l'avais recherchée et reconnue dès les premiers jours, et c'est l'exploration électrique seulement que je n'ai pu faire que tardivement.

Quoi qu'il en soit, malgré toute la verve de mes collègues et leur argumentation brillante, je ne suis pas encore convaincu que la réunion immédiate des nerfs ne puisse, dans des conditions particulières, se produire.

Entendons-nous d'abord sur ce que nous devons comprendre par réunion immédiate.

Quand vous rapprochez les lèvres d'une incision aseptique de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané, avec des crins de Florence, que vous enlevez au bout de dix jours, si vous constatez au bout de ce temps les deux lèvres de l'incision bien unies, vous prononcez le mot de réunion immédiate.

Cependant ce mot, que nous comprenons, n'est pas exact. Pendant les premiers jours la réunion n'est pas faite, car si vous enlevez les fils, les lèvres de l'incision se séparent. Il y a à ce moment une légère couche de tissu embryonnaire qui s'organise rapidement, et qui a disparu quand la réunion est faite. La réunion n'a donc pas été immédiate au sens strict du mot.

Mais par là nous voulons dire que la cicatrisation s'est faite plus rapidement, sans bourgeons, comme dans le cas où l'on a laissé la cicatrisation se faire sans rapprocher la peau, ou lorsque les lèvres de la plaie ont été mal affrontées par la suture.

Prenons encore un autre exemple.

Faites une greffe avec un lambeau de peau détaché, vous pourrez réussir cette greffe, et ne pas voir le lambeau se sphacéler, si à peine détaché vous le suturez. Tardez à faire la suture et ne coaptez pas bien les lèvres des parties à suturer, et le lambeau se sphacèlera.

Pour le tissu nerveux, d'après mes observations, et celles que je relaterai plus loin, il semble que les choses se passent de même.

Si l'on intervient au bout de quelques jours, les tissus sont dégénérés dans le bout inférieur, et il faut le temps nécessaire pour la restauration de ce bout inférieur, pour que la fonction, tout au moins la motricité, se rétablisse. Ce ne sera donc, comme le montrent toutes les observations, qu'au bout de quatre mois à deux ans que le rétablissement de la fonction se fera. Et si la sensibilité reparaît, cela tient, comme on le fait remarquer avec

raison, à la présence de fibres récurrentes, d'anastomoses nerveuses excitées par dynamogénie.

Si l'on suture les deux bouts d'un nerf quelques heures après l'accident, au milieu du sang, dans des tissus contus dont l'asepsie est suspecte, vous vous trouvez dans des conditions qui rappellent celles d'un lambeau de peau, que vous transplantez trop lentement.

Mais si l'on vient de faire une section nette d'un nerf, si ce nerf est assez gros pour que les deux bouts soient bien exactement coaptés, je ne vois pas ce qu'il peut y avoir de surprenant à ce que la réunion se fasse plus rapidement dans des conditions autres.

Admettez, si vous voulez, que comme dans les réunions de tous les autres tissus, il apparaisse dans les premières heures entre les fragments une légère couche de tissu embryonnaire, et qu'il n'y ait pas une réunion immédiate dans le sens absolu du mot. Mais ici, comme dans ce que nous appelons les réunions immédiates de tous les autres tissus, nous pouvons bien aussi admettre que si cette couche embryonnaire existe, elle est réduite dans ce cas au minimum, disparaît rapidement, ayant aidé à la fusion des éléments des deux bouts sectionnés, avant que la dégénérescence n'ait commencé dans le bout inférieur : c'est ce qu'histologiquement affirme tout au moins Wolberg.

Les observations cliniques semblent de leur côté donner le droit de l'admettre.

Mes observations ne sont pas en effet isolées. M. Monod, en 1894, nous avait présenté un malade, auquel quatre jours auparavant il avait fait au bras une résection du nerf radial, et suturé séance tenante les deux bouts du nerf divisé. Le malade, examiné le lendemain par M. Monod, ne présentait pas trace de paralysie des extenseurs, et pas d'autres troubles de la sensibilité qu'un léger engourdissement du pouce.

C'est à la suite de cette observation que j'avais parlé de la mienne, dont je donne de nouveau les détails pour répondre aux objections de mes collègues.

Il s'agissait d'un jeune garçon de quinze ans entré dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, en janvier 1886, pour une ostéomyélite chronique du péroné. Je l'opérais le 4 mars 1886.

Je lui fis la résection sous-périostée de tout le péroné, sauf la malléole externe. Mais en détachant le péroné, très hyperostosé et entouré de tissu inflammatoire, à sa partie supérieure, avec la rugine, je sectionnai le nerf sciatique poplité externe en arrière du péroné, au moment où il aborde l'os pour le contourner. Il n'a pas alors donné sa branche musculaire, et le volume qu'avait le nerf sectionné ne permettait pas de supposer qu'il y eût eu une division précoce.

Après avoir, au bistouri, fait une section nette des deux bouts du nerf, je les rapprochai de suite et fis la suture au catgut, un fil en anse traversant le bout inférieur, et le rapprochant du bout supérieur, qu'il traversait de même; trois points de suture au catgut furent placés latéralement. La coaptation était parfaite, vu la facilité, à cause du volume du nerf, de rapprocher les deux bouts.

Le membre fut mis dans le plâtre, la plaie recouverte d'un pansement de Lister.

Le lendemain, l'exploration de la sensibilité à l'extrémité des doigts du pied nous montra que la sensibilité était conservée.

Le 7 mars, le pansement fut renouvelé; le pied ne tombait pas comme dans la paralysie du nerf sciatique poplité externe, dont j'ai pu observer les effets sur deux malades opérés par d'autres que par moi.

Le 10 mars, nous essayons de faire faire des mouvements du pied au malade ; ces mouvements sont douloureux à cause de l'opération faite : mais il ne nous semble pas qu'il y ait paralysie d'aucun groupe musculaire.

Le 18 mars, on renouvelle le pansement, et il n'y a plus de doute que les fonctions du nerf sont rétablies.

Ce n'est que le 24 mars que j'essaie de placer un pôle sur le nerf sciatique dans le creux poplité, et un autre sur les muscles de la face antérieure de la jambe. Les muscles répondent et se contractent.

J'ai suivi longtemps ce malade, que je vous ai présenté, parce que son péroné s'était reformé entièrement, et je n'ai pu observer aucun trouble de motilité dans la suite.

Quant à l'observation de M. Ischwall, je lui ai écrit pour lui demander des détails; or, voici la lettre qu'il m'adresse et que je vous demande la permission de vous lire.

Mon cher Maître,

J'ai beau retourner tous mes papiers, je ne retrouve pas l'observation en question qui a dû être égarée. Mais je vous rappelle les faits qui sont bien présents à mon esprit :

J'enlevais un ostéosarcome de la tête du péroné à un homme d'une trentaine d'années. Ce sarcome remontait haut vers le creux poplité, et, en l'isolant par un coup de rugine, je coupai le sciatique poplité externe derrière la tumeur, au point où ce nerf sort de la région poplitée pour entrer à la région jambière.

La destruction de tous les rapports normaux par la tumeur ne me permit pas de mieux préciser le point où porta la section, mais celle-ci fut complète.

Je fis la suture immédiate en rapprochant les deux bouts égalisés au

préalable par un catgut passant par le centre du nerf et en complétant la suture par des points de catgut périphériques.

L'opération terminée et le malade pansé, je pus, dans la suite, suivre la marche des troubles de la sensibilité et de la motilité. Chaque matin je faisais observer aux élèves du service que rien ne semblait compromis, et quand je levai le pansement et pus examiner mieux le malade que les premiers jours où le pied seul était à découvert, je ne trouvai aucun trouble appréciable.

Je n'eus pas besoin de l'électricité pour voir l'intégrité des mouvements. Tous les groupes musculaires étaient normaux dans leur motilité et la sensibilité n'était pas troublée dix jours après la section.

Cette observation, je vous le répète, est très précise dans mon souvenir, et vos élèves de cette époque l'ont certainement aussi gardée en mémoire.

Comme vous le voyez, ces observations sont tout à fait différentes, comme résultats, de celles où un nerf moteur a été coupé et suturé tardivement.

Admettez, si vous voulez, que, dans mes observations, ce n'est pas de suite qu'on voit la motilité se rétablir; qu'à cause du traumatisme produit par l'ablation du péroné, je n'ai pu avoir dès les premières heures une certitude absolue du bon fonctionnement de la motricité; malgré tout, ce retour des fonctions a été plus rapide que dans les réunions tardives, où il faut attendre trois mois, deux ans, pour voir le rétablissement de la motricité.

Croyez-vous enfin que, dans ces trois cas, il y ait eu toujours des anomalies expliquant les résultats obtenus? Cela me paraît difficile à admettre pour trois cas.

Evidemment, la preuve de cette réunion immédiate des nerfs serait bien donnée par une expérience de laboratoire : vous ne douteriez plus si on vous amenait un chien, auquel on aurait coupé, suturé le nerf sciatique et qu'on vous montrerait marchant le lendemain sur sa jambe, et dont on vous montrerait le nerf quelques jours après sous le microscope. C'est ce que j'ai cherché l'année dernière, avec le Dr Paulesco, au laboratoire de la Sorbonne, à réaliser. Comme je l'ai dit, j'ai toujours échoué ; je n'ai jamais pu obtenir le rétablissement de la fonction.

On ne se trouve d'ailleurs pas, dans ces expériences sur les animaux, dans les mêmes conditions que sur l'homme. Les nerfs sont plus petits, plus difficiles à coapter bien exactement; on ne peut maintenir immobile le membre après la suture, pour assurer le résultat.

L'asepsie, quelque précaution qu'on prenne, est toujours illusoire, et, par suite, les résultats peuvent être faussés, la réunion ne se faisant pas complètement aseptiquement. C'est

ce qui explique les nombreux insuccès des expérimentateurs.

Mais quelques-uns ont été plus heureux. Il y a l'expérience de Glück relatée dans tous les livres ; Glück résèque le nerf sciatique d'un poulet, entre les bouts du nerf réséqué, il intercalle un fragment de nerf sciatique d'un lapin et suture cette greffe. Au onzième jour, la greffe est soudée. L'excitation du bout supérieur détermine des contractions musculaires.

Wölberg, que je trouve cité par Schwartz dans son article du traité de Le Dentu et Delbet, donne une réunion *per primam* observée au microscope, et admet qu'après la suture bout à bout la dégénérescence ne se manifeste plus que par la résorption de la myéline, le cylindre-axe restant indemme, prêt à continuer son rôle conducteur.

Ces résultats ne sont malheureusement pas admis encore par tous les histologistes et de nouvelles expériences sont nécessaires.

Quoi qu'il en soit, je crois que devant tous ces faits, quelque discutés qu'ils puissent être, on peut ne pas s'avancer trop en parlant de la possibilité d'une réunion immédiate des nerfs à la suite d'une suture nerveuse faite immédiatement après la section, avec possibilité de coaptation très exacte des deux bouts sectionnés, et en expliquant par cette réunion immédiate le retour rapide des fonctions de motricité et de sensibilité.

M. Walther. — Dans la discussion qu'a fait naître le rapport de notre collègue, M. Lejars, votre attention s'est portée sur cette très intéressante question de la durée de la réparation du tronc nerveux, de l'époque du retour de la fonction motrice, soit après la suture d'un nerf sectionné, soit après la réparation spontanée d'un nerf écrasé, broyé, comme dans l'observation de M. Sieur, ou simplement après la libération d'un nerf enterré dans une cicatrice.

J'ai eu l'occasion de faire un certain nombre, soit de sutures, soit de libérations de nerfs, et les faits que j'ai observés concordent absolument avec ce qui a été dit ici ; je ne voudrais pas prolonger cette discussion en vous apportant des observations qui n'auraient d'autre intérêt que celui de documents à l'appui des conclusions de mon ami M. Lejars, mais ne révéleraient aucun fait nouveau. Je ne me serais donc pas permis de prendre la parole dans cette discussion, si je n'avais eu l'occasion d'examiner, il y a quelques jours, un blessé atteint d'une lésion nerveuse que je crois tout à fait exceptionnelle.

Voici l'histoire de ce malade, reconstituée d'après ce qu'il m'a raconté lui-même et d'après les renseignements que m'a très obli-

geamment fournis mon ami, le Dr Darras, qui l'a vu quelque temps après l'accident.

C'est un homme de vingt-quatre ans, très vigoureux, à système musculaire remarquablement développé; il était conducteur d'automobile; l'accident eut lieu le 3 août 1899; la voiture était arrêtée; il tenait dans la main droite la manivelle de mise en marche; pour partir, il appuya sur la manivelle, mais la première explosion se fit en sens inverse; la manivelle fut brusquement projetée en avant, tirant la main qui la tenait. Le malade ressentit une si violente douleur qu'il tomba sans connaissance. On le releva et, quand il revint à lui, il vit que le poignet était comme étiré. Le membre était très allongé; la main, projetée en avant, était reliée à l'avant-bras par un segment flasque, rétréci, qui n'avait, nous dit le malade, pas plus de deux travers de doigt de large. Les téguments étaient intacts; on lui entoura la main et l'avant-bras de compresses; le lendemain, la main avait repris sa position normale, le membre n'était plus allongé; il n'y avait plus trace de vide entre la main et l'avant-bras; toute la main, tout l'avant-bras, étaient le siège d'un gonflement considérable. Il existait une douleur intense au poignet, diffuse à la main, et on constata à ce moment une anesthésie cutanée complète dans toute la zone de distribution à la main du radial et du médian.

Le membre fut immobilisé dans un appareil à attelle, pendant une vingtaine de jours.

Au bout d'un mois, apparurent des ulcérations trophiques à la pulpe de la phalangette du pouce, de l'index et du médius. La main restait tuméfiée, violacée; tout mouvement des doigts était impossible. Sous l'influence de bains, de massages régulièrement répétés chaque jour, d'électrisation, le gonflement diminua peu à peu, les mouvements des doigts commencèrent à revenir au bout de huit mois. Mais l'éminence thénar restait absolument atrophiée et l'anesthésie persistait complète dans tout le territoire du médian et du radial.

Ce n'est qu'au bout de quatorze mois que commença à revenir la sensibilité; elle fut précédée par l'apparition de fourmillements, de picotements dans le bout des doigts. Peu à peu, les mouvements du pouce devinrent plus libres, plus étendus, la saillie de l'éminence thénar se reforma, sans qu'il soit possible de fixer une date précise au retour des mouvements dans les muscles de la main, les mouvements du pouce continuant à se faire sous l'action des muscles de l'avant-bras.

Aujourd'hui, vingt mois après l'accident, voici ce que j'ai pu constater :

L'avant-bras droit, qui, à première vue, semble très vigoureuse-

ment musclé, est cependant un peu moins gros que l'avant-bras gauche; l'atrophie semble porter surtout sur la face antérieure et le bord externe. Tous les muscles, malgré ce très léger degré d'atrophie, fonctionnent bien.

Les mouvements des doigts se font librement, mais la main n'a pas la même force que celle du côté opposé. Les muscles de l'éminence thénar se contractent bien, tous les mouvements du pouce sont possibles. Cependant il existe encore un peu d'atrophie de ces muscles, car la voussure de l'éminence est moins nettement accusée que celle du côté opposé.

Il est impossible, par la palpation la plus attentive, de reconnaître la moindre déformation de l'extrémité inférieure du radius.

Ce qu'on sent c'est, sur la face antérieure du poignet, à un travers de doigt au-dessus du ligament antérieur du carpe, une sorte de bourrelet transversal profond, mobile avec les tendons, et qui semble être une cicatrice des gaînes tendineuses déchirées.

Au même niveau, sur la ligne médiane, existe une petite nodosité aplatie, profonde, qui semble siéger sur le nerf médian et dont le contact provoque une douleur vive; toujours le malade a souffert en ce point; il y a eu des crises de douleurs très intenses, d'élancements, des brûlures, et, jusqu'à ces derniers mois, il ne pouvait y supporter aucun attouchement. Aujourd'hui les douleurs spontanées ont disparu, mais le moindre contact réveille encore une douleur très nette quoique moins vive. C'est là évidemment le névrome cicatriciel résultant de la déchirure du nerf. Il m'a été impossible de retrouver sur le trajet du radial le siège de la lésion.

La sensibilité est presque normale sur toute la main. Le malade perçoit très bien le simple attouchement avec la pointe d'une épingle, le frôlement: l'exploration aux deux pointes donne un résultat positif à 5 ou 6 millimètres d'écartement. Mais cependant, dans tout le territoire cutané du médian et du radial, la sensation est encore un peu moins nette que du côté opposé et dans le territoire du cubital. De plus il existe une légère hyperesthésie à la température; l'attouchement, d'un corps froid détermine une sensation pénible de brûlure.

Les battements de la radiale font défaut. Ils ont disparu depuis l'accident. Il y a eu certainement une déchirure de l'artère.

En somme, la guérison est à peu près complète, la sensibilité et la motilité sont revenues à peu près à l'état normal et il est certain, je crois, que sous l'influence des massages, de la gymnastique, la main reprendra complètement des fonctions encore incomplètes aujourd'hui par suite de l'œdème et de la fatigue qui succèdent à un travail d'une demi-heure ou d'une heure.

Il s'agit dans ce cas d'une lésion produite par une forte élongation du médian, du radial et de l'artère radiale. Et de cette lésion nous ne savons pas grand'chose en clinique. Nous ne connaissons que les arrachements des nerfs dans des plaies par arrachement plus ou moins étendues, que des arrachements des racines du plexus brachial au cours de manœuvres de réduction de luxations de l'épaule, mais je ne crois pas communes les observations semblables à celle-ci, de déchirure d'un tronc nerveux, d'un membre par traction directe, sans lésions des téguments; du moins je n'en connais pas.

Les conditions du traumatisme sont ici toutes particulières; la lésion produite est un véritable écartèlement. Il y eut à un moment donné, le malade l'indique très nettement, séparation de la main, soit par rupture de ligaments, soit par arrachememt de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras; il est aujourd'hui impossible de le savoir, en l'absence de toute déformation du radius ou du cubitus. Mais il faut une singulière brusquerie dans le traumatisme pour produire une pareille lésion, la main n'étant pas saisie elle-même dans l'agent de traction, comme dans un étau, dans un engrenage; il faut une projection instantanée, il faut une explosion. Je ne crois pas qu'il soit possible d'observer une pareille disjonction avec une machine à vapeur, par exemple; si rapide que soit le mouvement de projection, la main tiraillée aurait toujours le temps de lâcher la poignée qu'elle tient.

Il est encore remarquable dans cette observation que la déchirure n'a porté que sur le nerf médian, le nerf radial et l'artère radiale. Le nerf cubital est resté indemne. Il semble donc qu'il y a eu un mouvement de traction oblique en avant et en dedans, faisant porter le plus grand effort sur le bord extrême du poignet, ce qui se conçoit bien en songeant à la direction de la manivelle.

Enfin, ce qui nous intéresse surtout, c'est que cette lésion a guéri spontanément, que la réparation a été longue, la sensibilité n'est revenue qu'au bout de quatorze mois dans le territoire des deux nerfs blessés, la motilité plus tard encore.

Je m'excuse d'avoir apporté cette observation dans une discussion sur les plaies des nerfs; j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant d'étudier la réparation de cette lésion par élongation en même temps que la réparation des plaies proprement dites des troncs nerveux.

M. Quénu. — M. Reynier a observé deux cas de section du sciatique poplité externe derrière la tête du péroné; il a suturé immédiatement et, nous dit-il, il n'a observé rien d'anormal du côté de la motilité. Un des malades a exécuté quelques mouvements

d'extension; l'autre malade, avoue M. Reynier, a été observé d'une manière imprécise.

Mais, admettons les faits : méritent-ils d'être interprétés, ainsi que l'a fait M. Reynier, comme deux exemples de réunion immédiate, c'est-à-dire de restitution immédiate de la conduction motrice? Voilà la question.

Et d'abord, immédiatement après la section, a-t-on fait des observations précises sur l'attitude du pied ? A-t-on essayé de provoquer des mouvements réflexes des extenseurs ? Je n'ai rien entendu touchant ces points importants. N'y a-t-il pas eu chez ces malades naissance précoce du tibial antérieur? On sait que les divisions précoces des nerfs méritent à peine d'être qualifiées d'anomalies. N'y a-t-il pas quelque autre distribution anormale qui explique une suppléance fonctionnelle? M. Reynier nous dit : J'aurais donc eu la chance de tomber deux fois sur une anomalie ? C'est possible.

Ce qu'on peut lui dire, c'est qu'en présence de ces faits exceptionnels se dressent des centaines de cas où la réunion immédiate n'a pas suffi à établir la conduction motrice. L'expérimentation vient-elle à l'appui des idées de M. Reynier? Aucunement. M. Reynier n'a pas réussi ses sutures immédiates chez le chien. J'ai fait de ces expériences et je les ai réussies : les conclusions en ont été insérées dans l'article nerfs du *Traité de chirurgie* de M. Lejars. J'ai toujours obtenu la réunion immédiate du sciatique sectionné; mais sur les pièces examinées deux, trois et six jours après la suture, on observe toujours entre les segments une zone embryonnaire. De plus, les bouts sont toujours infléchis et le parallélisme manque.

L'affrontement des cylindres-axes est donc illusoire. De plus, ces cylindres-axes sont de qualité différente : les uns sont sensitifs, les autres moteurs, les autres vaso-moteurs.

Il faudrait admettre non seulement le vis-à-vis des cylindres-axes, mais le vis-à-vis sélectionné des différentes espèces de tubes nerveux.

Tout s'élève contre le rétablissement immédiat de la conduction motrice, comme celui de la conduction de la sensibilité.

On sait que, pour la sensibilité, les constatations sont susceptibles d'une autre interprétation qui paraît bien près d'être démontrée.

Laissez-moi rappeler le fait de M. Tillaux, partisan de la réunion physiologique immédiate des nerfs. Un an après que son observation eut été communiquée à l'Académie de médecine, le malade de M. Tillaux tomba sur la main et la paralysie de la sensibilité reparut. M. Tillaux, un an auparavant, s'était trouvé chez

ce malade en présence d'une section du médian et l'avait suturée; la sensibilité avait reparu; puis le malade fait une chute un an après et la paralysie reparaît. M. Tillaux interprète ce retour de la paralysie comme résultant d'une rupture du cal nerveux et se met en devoir de resuturer le nerf.

J'assiste à cette opération. Or, la cicatrice du nerf était intacte. Je demande à M. Tillaux de passer la pointe du bistouri à la surface du nerf, dont la cicatrice était exempte d'adhérence. M. Tillaux y souscrit; le soir même, l'interne de M. Tillaux constatait le retour de la sensibilité.

M. Demars, son interne, a communiqué ce fait à la Société anatomique.

Cette observation est très instructive et vient à l'appui de la théorie de Brown-Séquard que j'ai défendue, il y a près de quatorze ans, à cette Société, à savoir la théorie de la dynamogenèse.

Je me résume en disant : pas plus que pour le rétablissement immédiat de la conduction sensitive, la preuve n'est faite pour un seul cas de rétablissement immédiat de la conduction motrice.

Les deux faits de M. Reynier sont insuffisants à fournir cette démonstration.

M. Poirier. — Les observations de M. Reynier ne sont point de nature à entraîner la conviction relativement à la réunion immédiate des nerfs avec rétablissement immédiat des fonctions de ce conducteur. On peut, chirurgicalement, obtenir la réunion immédiate d'un tronc nerveux, petit ou gros; il est impossible d'obtenir le rétablissement de la fonction; les cylindres-axes séparés de leur neurone subissent fatalement la dégénérescence wallérienne; les expérimentations, si nombreuses à l'étranger et en France, ne permettent aucun doute à cet égard. Cependant, nous devons toujours tenter la réunion des nerfs; il semble en effet que le rapprochement des deux bouts diminue quelque peu la durée des paralysies, peut-être en constituant un guide ou un milieu favorable à la régénérescence.

M. Paul Reynier. — M. Quénu me demande si, la section du nerf produite, j'ai fait l'exploration immédiate de la motilité. Certes, ce renseignement serait très important. Mais M. Quénu doit reconnaître avec moi que sous le chloroforme, après l'ablation du péroné, cette exploration doit être difficile et donner des résultats peu concluants.

Je lui fais également remarquer que mes observations ne sont pas isolées, comme il le croit, mais que M. Monod a publié une observation analogue aux miennes.

Je n'ai jamais non plus pensé que la soudure des cylindres-axes devait se produire immédiatement ; je viens, au contraire, de dire qu'il doit exister toujours, dans tout ce qu'on appelle une réunion immédiate, une couche de tissu embryonnaire, qui très vite s'organise et disparaît. Or, je crois que lorsqu'on peut suturer un nerf, immédiatement sa section produite, et bien le coapter, on réduit au minimum cette couche embryonnaire qui s'organise et permet à la soudure des cylindres-axes de s'établir, et on évite peut-être aussi la dégénérescence du bout périphérique.

Quant aux expérienees de M. Quénu, je les connaissais. Ce sont ces expériences que j'ai répétées l'année dernière avec M. le Dr Paulesco, et j'ai obtenu les mêmes résultats que lui. Quand je disais que j'avais échoué dans mes expériences sur les animaux, je ne voulais pas dire que je n'avais pas obtenu la réunion des deux bouts du nerf sectionné. Mais je voulais dire que je n'obtenais pas le retour à l'intégrum de la fonction nerveuse. Comme M. Quénu, je trouvais toujours dans ma cicatrice nerveuse une sorte de névrome, formé par une masse de cellules embryonnaires, de tissu conjonctif, au milieu desquels cheminaient, irrégulièrement infléchis, les prolongements des cylindres-axes venant du bout supérieur, s'éparpillant plus ou moins coudés à la surface.

Mais pour nous, nous pensions que cet aspect de la cicatrice nerveuse tenait surtout à la mauvaise coaptation que nous avions faite de nos deux bouts, à un vice de technique et peut-être à un défaut d'asepsie absolue difficile à réaliser sur les animaux.

M. Ricard. — Mon maître Verneuil, en 1894, m'avait chargé d'étudier les effets des sutures nerveuses dans les plaies des nerfs moteurs. A cet effet, j'ai sectionné et suturé le nerf sciatique d'une quinzaine de chiens et ai pu obtenir, chez six de ces animaux, une réunion immédiate sans suppuration. Or, dans aucun de ces cas, la motilité n'est revenue immédiatement et les animaux ont été sacrifiés sans que la paralysie ait disparu.

M. Potherat. — Il y a encore bien des points obscurs dans la façon dont se rétablit la continuité d'un nerf sectionné et dont on a suturé les deux bouts; il n'est pas dans mon intention, et surtout dans mes moyens, de projeter la lumière sur ces obscurités.

Je désire simplement apporter mon petit contingent de faits, dans la discussion ouverte devant vous par l'intéressant rapport de mon ami Lejars, et montrer par ces faits, et en quelque sorte empiriquement, ce qui se passe après la réunion par suture des deux bouts d'un nerf moteur ou mixte, préalablement sectionné.

M. Lejars nous a montré le retard toujours long apporté au

rétablissement des fonctions de motilité. Et ici, par motilité, nous comprenons, n'est-ce pas, avec M. Quénu, avec M. Delbet, et tous nos collègues, la motilité volontaire. Car, il est bien entendu que les muscles, en perdant leur innervation, ne perdent pas leur structure ; ils s'atrophient plus ou moins, mais ils ne s'altèrent point, et, par conséquent, ils conservent leur propriété de réaction à l'excitation faradique directe.

Or, il est hors de conteste que, chaque fois qu'il s'agit de suture que j'appellerai *secondaire*, pour bien marquer qu'elle est faite un nombre de jours notable après la section du nerf, le retour de la motilité est toujours très long, et que ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines au plus tôt, un certain nombre de mois le plus souvent, que ce rétablissement s'effectue. Comme Lejars, comme vous tous, messieurs, j'ai observé, chez les malades que j'ai opérés, ce retour tardif. C'est d'ailleurs un fait connu, depuis longtemps, et il me souvient encore l'avoir entendu développer longuement par mon regretté maître Trélat, il y a juste vingt ans, à la clinique de l'hôpital Necker. Il s'agissait, à la vérité, non d'une suture nerveuse à proprement parler, mais d'une paralysie radiale par emprisonnement du nerf radial dans un cal de fracture de l'humérus. Au point de vue qui nous occupe, c'est la même chose. M. Trélat profitait de cette occasion, pour bien montrer qu'il ne faut pas désespérer du rétablissement des fonctions du membre, alors même que rien, dans les premiers temps, ne semble de nature à justifier ce pronostic favorable. Il fallut plus de trois mois et demi à ce malade, que j'électrisais quotidiennement, pour recouvrer le fonctionnement de ses muscles extenseurs.

Car, et c'est un point qui me paraît avoir été un peu négligé dans la discussion, si le rétablissement de la motilité est toujours long, il peut être hâté par tout ce qui est susceptible de favoriser les contractions des muscles; exercices passifs, massage et surtout électrisation.

J'ai vu, pendant un remplacement que je faisais à la Salpêtrière, un malade qui huit mois auparavant avait eu au-dessus du poignet les tendons fléchisseurs, le médian et le cubital sectionnés par un instrument tranchant. Transporté à la Pitié pendant la garde, on avait fait la suture des artères, des tendons, négligeant celle des nerfs, je ne sais pourquoi. Après avoir non sans beaucoup de peine retrouvé les bouts des nerfs sectionnés, j'avais fait la suture. Eh bien, malgré le long temps écoulé depuis la suture, le rétablissement fut relativement rapide, car les fonctions reprenaient au bout de trois mois une notable activité, grâce à des massages soigneux et à des électrisations suivies, quotidiennes, faites sous la surveillance de M. le Dr Jean Charcot qui m'avait adressé le

malade. Et cela s'explique : la section nerveuse entraîne après elle une atrophie musculaire qui devient de plus en plus marquée au fur et à mesure que le temps s'écoule, et qui par elle-même détermine une incapacité motrice de plus en plus marquée; de sorte qu'il ne suffit pas de rétablir la continuité du tronc nerveux, mais qu'il faut aussi rendre au muscle le nombre et le volume de ses faisceaux musculaires.

De là vient aussi que le rétablissement fonctionnel est d'autant plus rapide, que moins de temps s'est écoulé depuis le traumatisme lorsqu'on procède à la suture nerveuse.

Tout dernièrement, j'avais dans mon service un malade chez lequel un cal de fracture de l'humérus avait entraîné une paralysie radiale complète, avec chute et inertie de la main. Environ six semaines après son accident, mon jeune collègue et ami Riche lui fit la libération de son nerf radial emprisonné. Or, dix jours après, sans massage, sans électrisation, le malade pouvait déjà relever un peu son poignet, et il arrivait à boutonner son paletot.

Je ne sais pas (je ne le crois pas) si la suture d'un nerf faite immédiatement après sa section ou dans les heures qui suivent permettrait un rétablissement immédiat du fonctionnement du membre. M. Quénu le nie; M. Reynier avait semblé en fournir l'affirmative, mais sa pensée avait été mal interprétée. Ce qui est certain, toutefois, c'est que, dans les circonstances que j'invoque, le rétablissement de la motilité est très rapide. En dehors du fait que je viens de rapporter plus haut, je pourrais invoquer un fait d'emprisonnement des troncs nerveux dans un noyau fibreux, que je vous ai rapporté cette année même ici. Mais on pourrait objecter que ces faits se rapportent à des *enserrements fibreux de nerfs* et *non à des sections*. Or, j'ai un fait personnel où il s'agissait bien d'une section. Le malade était un jeune employé de commerce qui, en partie de plaisir à Montmorency, avait été jeté bas par un âne rétif. Dans sa chute, il tomba, la main gauche étendue, sur un tesson de bouteille qui lui sectionna jusqu'aux os les parties molles du talon de la main, surtout au niveau de l'éminence hypothénar. Un médecin appelé aussitôt avait placé des pinces hémostatiques sur les artères qui saignaient et m'avait envoyé ce jeune homme, qui, deux heures environ après l'accident, était chez moi. Je le conduisis à l'hôpital Laënnec, je le fis endormir, je cherchai et trouvai les deux bouts de la branche profonde du nerf cubital, je les suturai. Je suturai aussi bout à bout les tendons fléchisseurs ; puis je fermai la plaie. Au bout de trois semaines, ce malade était guéri ; non seulement il pouvait fléchir et étendre les doigts, mais il pouvait les écarter et les rapprocher, il pouvait opposer le pouce, et

ses muscles hypothénariens et interosseux ne semblaient avoir subi aucune atrophie.

De ces quelques faits rapprochés de ceux qu'on a apportés ici, il me semble qu'on peut conclure :

Que l'on peut espérer le rétablissement de la motilité volontaire d'un membre après section d'un tronc nerveux de ce membre, par la suture des deux bouts avivés de ce nerf, alors même qu'un long temps s'est écoulé depuis cette section.

Que ce retour de la motilité sera hâté par toutes les manœuvres de nature à provoquer la contractilité musculaire et à lutter contre l'atrophie des muscles.

Que ce retour enfin sera d'autant moins long que moins de temps se sera écoulé entre la section du nerf et le rétablissement de sa continuité par une suture bien faite.

M. Lejars. — Je me garderai d'abuser de la patience de la Société, et je résumerai très brièvement les conclusions pratiques à tirer de cette intéressante discussion, que je suis heureux d'avoir provoquée par mon rapport. Elle a eu surtout un double objet : les résultats fonctionnels de la suture nerveuse, le degré et la date de la restitution motrice; la technique la plus propre à nous assurer ces résultats.

Tous les faits qui ont été apportés ici par nos collègues concordent à démontrer que la guérison fonctionnelle, après toute réunion nerveuse, même précoce, même immédiate, est œuvre de temps, qu'elle exige un nombre variable de mois, quatre ou cinq mois, en moyenne, d'après M. Quénu, non pas pour être complète, mais pour que le nerf restauré commence à « donner signe de vie »; et qu'à la suite de cette première phase, toute silencieuse, et de cette période de rénovation latente, la remise en état évolue et s'achève plus ou moins lentement, au gré de toute une série de conditions locales et générales.

C'est l'expérience ancienne qui se confirme une fois de plus, et, si la question de la réunion fonctionnelle immédiate des nerfs devait être soulevée encore, elle reste toujours la séduisante chimère tant de fois discutée. Et, à ce propos, permettez-moi de vous rapporter un souvenir déjà lointain; il remonte au temps où j'étais externe de Verneuil, et le fait en question est d'ailleurs fort connu : Verneuil enlève un névrome du médian, au bras, il coupe le nerf au-dessus et au-dessous de la tumeur, et le suture immédiatement. Le lendemain matin, l'opéré fléchissait sa main et ses doigts, il n'y avait pas de paralysie : et, devant ce résultat inattendu, ce fut tout d'abord une sorte de stupeur : la doctrine qui fait loi, et qui semble si bien assise sur tant d'expériences et d'obser-

vations, allait-elle donc s'écrouler? Verneuil se tint sur la réserve ; il fit faire des recherches anatomiques, et M. Verchère mit en lumière cette anastomose antibrachiale du cubital et du médian, qui est loin d'être rare et qui expliquait tout.

Eh ! bien, aujourd'hui encore, la théorie reste debout et je ne saurais reprendre la lumineuse démonstration que vient de faire M. Quénu. Je ne crois pas, d'ailleurs, que la véritable pensée de M. Reynier ait été aussi loin qu'elle le semblait d'abord : ce qu'il a voulu établir, c'est que la coaptation exacte et primitive de deux tronçons nerveux, qui viennent d'être divisés, est de nature à faciliter singulièrement le processus de régénération et à en abréger la durée.

La date de la réunion nerveuse et aussi la technique de cette réunion sont, en effet, des éléments de haute importance, et les faits qui ont été publiés ici montrent bien que cette technique est loin d'être toujours aisée. Elle doit avoir un double but : rétablir la continuité longitudinale du nerf par une coaptation exacte et bien maintenue, en tissu sain, prévenir les compressions cicatricielles, les strictions fibreuses périphériques, ou, au besoin, en faire l'excision secondaire.

En suturant le plus tôt possible et le mieux possible les nerfs divisés, nous sommes assurés — et tous les documents qui ont été fournis dans cette discussion le démontrent — d'obtenir un résultat fonctionnel, quelquefois parfait, toujours utile ; mais ce résultat devra toujours être acheté au prix d'une longue patience, de la part du blessé et de la part du chirurgien.

M. LE PRÉSIDENT. — La discussion sur la suture nerveuse est close.

Rapport.

Sur un mémoire de Mlle ROSENTHAL,
intitulé : *Traitement du rein mobile par le massage.*

Rapport par M. L.-G. RICHELOT.

Le rein mobile est une affection des plus rebelles. Le bandage avec pelote est illusoire et ne peut maintenir l'organe à sa place ; il est même une source de douleurs nouvelles. Une ceinture abdominale sans pelote est moins prétentieuse et peut soulager beaucoup en soutenant la masse intestinale, en luttant contre la ptose

générale des viscères ; mais contre les formes graves et très douloureuses, elle est de nul effet. La néphropexie nous a, dans un temps, remplis d'espoir ; mais notre illusion a été vite déçue. Non, certes, que l'opération ne rende aucun service ; je l'ai vue donner de bons résultats, mais elle est infidèle et doit nous inspirer une médiocre confiance. C'est que le rein mobile n'est pas un simple déplacement d'organe, auquel puisse suffire un traitement orthopédique ; c'est une maladie complexe, intiment liée au tempérament morbide, et que nous ne pouvons améliorer ou guérir sans tenir compte, avant tout, de son étiologie.

Depuis quelques années, j'ai vu réussir, contre le rein mobile et douloureux, une méthode sur laquelle chirurgiens et médecins, au moins dans notre pays, semblent n'avoir aucune notion précise : le massage de l'organe déplacé. J'avais prié M[lle] Rosenthal, docteur en médecine, de vouloir bien suivre mon service à l'hôpital Saint-Louis, afin de m'y montrer les effets du massage utérin ; et j'ai reconnu, soit dit en passant, que ce moyen thérapeutique appliqué judicieusement, sur des indications précises et d'ailleurs peu nombreuses, avec l'habileté technique et surtout la grande sagesse que sait y mettre M[lle] Rosenthal, nous rend de véritables services. J'en suis devenu partisan — quitte à réprouver les prétentions excessives qu'il affiche entre certaines mains — dans ces cas d'utérus congestifs et scléreux, avec ou sans déviation, avec névralgies pelviennes, qui font le malheur des arthritiques nerveuses. Et, chemin faisant, M[lle] Rosenthal m'a démontré son utilité en dehors de la sphère génitale, pas très loin cependant, chez ces mêmes arthritiques nerveuses qui ont un rein mobile. J'y ai vu, grâce à elle, une méthode rationnelle et vraiment efficace contre une affection devant laquelle nous restons souvent désarmés.

Voilà pourquoi, sur mon conseil, M[lle] Rosenthal vous a présenté le court travail dont je viens vous rendre compte. Je ne suis pas grand clerc pour vous décrire le massage du rein, la manière d'agir sur son pôle inférieur, de bas en haut, avec la main droite, par « une série de frémissements rapides » ; non plus que la gymnastique particulière à laquelle il faut soumettre la région musculaire correspondante. La malade — vous savez combien les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes — s'en trouve bien, en y ajoutant l'usage de la compresse froide de Priessnitz, gardée toute la nuit. Pendant le jour, le ventre est soutenu par une simple bande en crépon. La durée du traitement est de vingt à quarante-cinq séances au maximum. Les deux ou trois premières sont douloureuses et durent cinq ou six minutes ; à partir de la septième, dix minutes. La tolérance s'établit rapidement ;

douleurs et tiraillements lombaires sont déjà très atténués vers la douzième séance, ainsi que les nausées, les troubles gastriques et tout le cortège symptomatique du rein flottant. Vers la fin du traitement, la malade commence à marcher sans fatigue.

Voilà pour la technique. Voyons maintenant comment Mlle Rosenthal interprète les diverses variétés du rein mobile et le mode d'action du massage.

Il y a des déplacements traumatiques, de véritables *luxations* du rein, à la suite de faux mouvements, d'efforts brusques, surtout chez des malades ayant maigri rapidement et dont la capsule adipeuse est devenue lâche. L'auteur a vu survenir la luxation du rein chez des femmes jeunes, par un effort pour soulever un objet trop lourd, par un violent coup de raquette en jouant au tennis (deux cas), par une chute sur les pieds (deux cas). Elle cite une femme de vingt-six ans dont les douleurs, les digestions pénibles, les maux de tête avaient commencé à la suite d'un accident de voiture et duraient depuis quatre ans ; la néphroptose n'avait pas été reconnue, et des drogues variées n'avaient amené aucun soulagement. La malade, ayant eu des congestions utérines et des pertes, fut adressée à Mlle Rosenthal, qui découvrit son rein flottant et la guérit par le massage.

Je crois, pour ma part, qu'on a bientôt fait d'admettre un déplacement purement traumatique du rein, et je voudrais bien voir une « ectopie simple » en dehors du tempérament neuro-arthritique. Le dernier fait que je viens de citer n'est pas de nature à me faire changer d'avis. Je ne comprends pas plus une luxation primitive du rein, sans prédiposition, qu'une rétroversion utérine subite causée par un seul et unique effort. Tout ce qu'on sait, c'est que la malade a souffert au moment de l'effort, et quand on l'examine, on trouve l'utérus ou le rein déplacé ; mais j'ignore si le rein ou l'utérus étaient à leur place avant l'accident, et, s'ils y étaient, je suppose que les liens fibreux étaient déjà bien faibles et tout prêts à laisser tomber l'organe. De même, je ne comprends guère le prolapsus aigu survenant tout à coup, chez une vierge, comme une hernie de force, l'utérus sortant comme un boulet de canon, si le conduit vaginal est intact et si la chute n'est préparée par la mollesse des tissus.

Quoi qu'il en soit, et la question des ectopies rénales traumatiques étant mise de côté, Mlle Rosenthal propose pour les autres une explication qui ne semble pas avoir attiré l'attention des auteurs. Depuis Rayer (1841), Fritz (1859), jusqu'à Martin, Hahn, Glénard et Tuffier, tous ont décrit minutieusement les moyens de fixer l'organe à sa place, tous ont donné une grande importance à la capsule adipeuse et à son amaigrissement, au péritoine, à la

sangle musculaire, à la tonicité abdominale, au syndrome dénommé entéroptose et aux divers degrés d'abaissement du rein (Glénard); personne n'a signalé la *congestion primitive* comme jouant un rôle prépondérant dans ses ectopies. M[lle] Rosenthal, préparée par son éducation et par ses observations personnelles, encouragée par mon enseignement à Saint-Louis et m'entendant souvent parler des congestions viscérales chez les arthritiques nerveuses, a pensé combler une lacune dans l'étiologie du rein flottant et donner une base physiologique à son traitement par le massage, en invoquant la congestion rénale. Elle fait remarquer le désaccord qui existe généralement entre la douleur et la mobilité. Les femmes qui souffrent le plus n'ont pas le rein très abaissé, et souvent celui-ci mène des courses folles à travers l'abdomen sans que la malade y prenne garde. Laissant de côté les cas d'hydronéphrose intermittente, qui forment une catégorie à part, « le degré d'abaissement, dit l'auteur, n'est pas en rapport direct avec le degré de souffrance; la femme souffre, non seulement parce qu'elle a un rein déplacé, mais surtout parce qu'il est congestionné ». Quoi de plus naturel chez une arthritique, disposée aux congestions viscérales? De la stase et de l'augmentation de volume résulte l'augmentation du poids, l'allongement des liens fibreux et du péritoine, l'abaissement progressif. Ce mécanisme nous rendrait compte des ectopies rénales qu'on observe chez les très jeunes femmes et les toutes jeunes filles, sans qu'il y ait d'entéroptose. En interrogeant les malades, on apprend que tous les symptômes du rein flottant, à commencer par la douleur et la pesanteur du côté droit, se réveillent surtout pendant les deux ou trois jours qui précèdent les règles; c'est-à-dire que les poussées congestives du côté du rein coïncident avec les poussées menstruelles. Souvent aussi, dans les cas de règles insuffisantes, les douleurs rénales s'accentuent à la fin de l'époque cataméniale, comme s'il y avait là un phénomène de congestion supplémentaire sur un organe de moindre résistance.

M[lle] Rosenthal admet aussi des ectopies indépendantes de la congestion et prenant place au milieu des troubles abdominaux désignés par Glénard sous le nom d'entéroptose; déplacements souvent très étendus, peu douloureux par eux-mêmes, chez des malades qui souffrent de l'ensemble de leurs lésions viscérales; déplacements qui peuvent, à un moment donné, s'accompagner de congestion rénale secondaire, notamment à l'époque de la ménopause.

Pour dire toute ma pensée, je vous avoue que cette distinction entre les ectopies par congestion primitive et les ectopies par relâchement me semble artificielle. J'ai l'habitude de considérer

le relâchement des liens fibreux comme une lésion primitive chez les arthritiques nerveuses ; c'est une dystrophie qui porte sur ce « tissu de moindre résistance » qu'est le tissu conjonctif (Hanot), et je ne vois pas bien la congestion, si vive qu'elle soit, alourdir un organe au point de distendre mécaniquement des attaches fibreuses de constitution normale. D'autre part, la congestion est évidente ; je connais les poussées rénales douloureuses au moment des règles, l'augmentation de volume du rein, et je conçois l'action du massage prudemment conduit sur des phénomènes d'ordre vasculaire et nerveux. J'admets donc volontiers la congestion comme un élément dont il faut tenir grand compte ; seulement, nul ne peut dire, en présence d'un rein mobile et douloureux, si la congestion a précédé la ptose, ou réciproquement, si la première est l'unique source des douleurs ou contribue seulement à les augmenter. Sans doute, on voit l'abaissement du rein chez des jeunes filles dont la paroi abdominale est encore résistante ; mais on leur voit aussi des rétroversions utérines dans les mêmes conditions ; et combien n'en voit-on pas qui ont à la fois rétroversion et ptose rénale, montrant ainsi le bout de l'oreille et avouant, malgré leur bonne tenue générale, les tendances de leurs tissus fibreux ! Le seul point hors de doute, c'est que, petit ou grand, naissant ou invétéré, local ou généralisé, ce défaut d'équilibre viscéral appartient en propre aux arthritiques nerveuses, et qu'on y trouve, associés à doses diverses et réagissant l'un sur l'autre, deux éléments morbides essentiels, le relâchement fibreux et la congestion.

Ce qui donne un vif intérêt à la congestion, c'est qu'elle nous explique à la fois les insuccès du traitement mécanique et l'utilité d'une méthode qui s'adresse aux troubles vasculaires et nerveux. Mlle Rosenthal rapporte *in extenso* deux observations où, après l'échec de la néphropexie, le massage réussit pleinement : 1° une femme de quarante-deux ans, dont les douleurs intenses et les troubles digestifs, d'abord soulagés par l'opération, étaient revenus peu à peu, quoique le rein n'eût pas quitté son point d'attache, vit, après trente séances de massage, disparaître tous les symptômes, douleurs, digestions pénibles, tristesse et idées noires, et maintint sa guérison en recourant au massage pendant les deux ou trois jours qui précédaient les époques menstruelles ; 2° une autre avait été soulagée pendant quatre mois environ par la néphropexie ; adressée à Mlle Rosenthal deux ans plus tard, avec un rein douloureux et augmenté de volume, elle fut très améliorée après quinze séances, guérie après quarante, et, pour maintenir les bons effets du traitement, dut recourir au massage pendant huit ou dix jours chaque fois que le rein se congestionnait de

nouveau, c'est-à-dire à des intervalles de quinze, dix et huit mois en dernier lieu.

Par ces deux exemples, on voit quelles peuvent être les prétentions du massage. En décongestionnant l'organe, il calme les douleurs; il le réduit, quelquefois de façon durable, mais je n'ai pas besoin d'ajouter que cette réduction est précaire. Le rein peut se déplacer de nouveau sans redevenir douloureux, au moins pour un temps; mais la congestion peut toujours se reproduire, et il est trop évident qu'il s'agit en ce moment d'un traitement palliatif. Mais c'est un palliatif précieux, et, pour le négliger, il faudrait au moins que le traitement opératoire pût exhiber des états de service très supérieurs. Or, il n'en est rien; nous sommes donc autorisés à recommander une méthode qui, sans prétendre à des résultats absolus et constants, est sûrement inoffensive, non sanglante, facilement acceptée par les malades, dont l'usage peut être prolongé ou renouvelé sans inconvénients en cas de résultats incomplets ou de récidives, et qui peut donner la guérison à des malades que la néphropexie a laissées dans la détresse.

Les observations se ressemblent toutes, et les raconter en détail ne serait d'aucun profit. Mais, au milieu d'une vingtaine de faits qui ont passé sous mes yeux, j'en citerai un comme étant des plus heureux et des plus démonstratifs. C'est le cas d'une religieuse de Dôle, qui me fut amenée à Saint-Louis par le Dr Briand. Agée de cinquante ans, elle menait une vie active et tenait une classe où elle avait la charge de nombreux élèves. Après une fièvre typhoïde légère, en septembre 1897, elle avait quitté Dôle et passé quelque temps à la campagne, lorsqu'au retour elle fut prise, en descendant de voiture, de violentes douleurs dans le côté droit et obligée de rester sur le dos pendant trois semaines. Elle vint ensuite à Paris, toujours très souffrante, ayant peine à marcher, à lever le bras droit, et ne dormant presque plus; je lui trouvai un rein mobile et très sensible, et la confiai à Mlle Rosenthal, qui fit le massage quotidien, avec gymnastique de la paroi et compresse froide pendant la nuit. Les premières séances furent douloureuses, mais après chacune la malade était immédiatement soulagée; après douze séances, l'amélioration était manifeste, le rein avait diminué de volume et la malade ne se plaignait plus d'insomnie; après dix-huit, le rein était à sa place, décongestionné, il s'abaissait encore un peu; à la trentième, il tenait bien et ne descendait plus, l'état général était parfait et la religieuse retourna à Dôle. J'ai eu de ses nouvelles bien des fois; elle avait repris sa vie active, faisait sa classe et n'avait plus aucune douleur. La guérison ne s'est pas démentie.

Même sans obtenir d'emblée d'aussi parfaits résultats, la méthode inaugurée par le Suédois Thure-Brandt dans les affections gynécologiques et appliquée par lui à l'ectopie rénale, serait digne de fixer l'attention des praticiens. J'ai engagé Mlle Rosenthal à vous faire connaître les faits observés par elle, je me porte garant devant vous des résultats qu'elle vous a annoncés, et je vous propose de lui adresser des remerciements pour sa communication, comme je lui en adresse pour l'aide intelligente et dévouée qu'elle m'a prêtée en maintes circonstances.

Présentations de malades.

Fracture par balle de fusil Lebel.

M. Delorme. — Je crois devoir vous présenter ce blessé, — dont l'histoire a fait, dans la séance du 30 avril, l'objet d'une communication à l'Académie de médecine, — parce qu'il vient confirmer, d'une façon frappante, les opinions que j'ai émises au sujet de la valeur de la conservation dans le traitement des fractures par les balles.

Ce soldat a été frappé à 5 mètres de distance, c'est-à-dire presque à bout portant, par une balle de fusil Lebel. Le projectile a pénétré par un orifice d'entrée étroit la face postérieure du bras droit, suivant son axe, à 8 centimètres au-dessus de l'olécrane. Il est ressorti près de la face interne du bras, à deux travers de doigt au-dessus du niveau de l'épitrochlée, fracturant très comminutivement l'humérus, dilacérant l'artère humérale ; puis, atteignant l'avant-bras, il y a produit un *effet explosif*, un éclatement, qui s'étendait du pli du coude jusque tout près du poignet pour se loger enfin dans la première phalange du petit doigt au lieu et place d'esquilles projetées.

Après ligature des deux bouts de l'humérale et de la radiale sectionnée vers le milieu de l'avant-bras, je procédai à l'extraction des esquilles par l'orifice de sortie dont les dimensions, suffisantes pour admettre librement le pouce, avaient été agrandies pour la recherche de l'humérale.

La fracture appartenait au groupe des *fractures par gouttière*. Les signes primitifs de ces fractures que j'ai précisés se retrouvaient tous chez ce blessé.

Dans le canal cutanéo-musculo-osseux de sortie je fis la recherche des *esquilles libres*. Avec une pince conduite sur l'index, j'en

enlevai très aisément quatre, les seules que j'aie senties. Je savais les *autres* esquilles *adhérentes*, je les respectai.

La fracture, après une suppuration peu prolongée, guérit dans le temps normal de guérison des fractures communes et comme l'indiquent ces radiographies et la palpation, le cal est très régulier, non volumineux, sans déviation axile. Il n'y a pour ainsi dire pas de raccourcissement. Les mouvements actifs d'extension du coude ont toute leur étendue; les mouvements de flexion dépassent l'angle droit; les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras sont conservés.

Ce résultat est remarquable car, comme vous pouvez le constater sur cette radiographie prise peu de temps après l'accident, *tout le cylindre osseux* de l'humérus était divisé dans l'étendue de 8 centimètres en très nombreuses esquilles, très subdivisées quoique adhérentes; *l'état de la fracture était donc des plus comminutifs*. Ces esquilles adhérentes, dont quelques-unes étaient déplacées et chevauchaient les unes sur les autres, furent régulièrement coaptées par des pressions latérales exercées avec le pansement.

Par suite de la dilacération *explosive* de l'avant-bras, le long supinateur, les attaches des muscles épitrochléens, le rond pronateur étaient dénudés, comme disséqués, privés d'aponévrose, attrits; plusieurs tendons fléchisseurs pendaient en dehors de la plaie. Après désinfection, je fixai, avec du catgut et de la soie, les tendons aux faisceaux musculaires ou aux tendons fléchisseurs voisins et je rapprochai, sans pouvoir les accoler, les lèvres cutanées de la plaie.

J'avais trop compté sur les apparences presque normales de la peau. Elle se sphacéla, laissant à découvert toute la face antérieure de l'avant-bras jusqu'à ses parties latérales, du coude au poignet.

Après quelques semaines, je songeai à oblitérer cette vaste perte de substance. J'aurais pu recourir aux greffes ou aux lambeaux autoplastiques, mais comme, en raison de la suppuration de la plaie, j'avais à craindre leur sphacèle, j'eus recours à un procédé que je crois original et qui mérite d'être employé. Je serais heureux d'apprendre si de mes collègues y ont eu recours, l'ont vu utiliser ou ont appris qu'il ait été employé.

Ce procédé met en jeu l'*extensibilité progressive* de la peau et sa propriété de *glisser* sur les plans sous-jacents. Il consiste à pratiquer, avec des fils de soie forte, des anses longues de 2 centimètres, espacées de 2 à 3 centimètres et disposées loin des bords libres de la plaie, c'est-à-dire 2 ou 3 centimètres.

Les fils glissent exactement entre la peau et l'aponévrose.

D'un côté l'anse est continue, sur l'autre lèvre l'anse n'est complète qu'après striction des deux chefs du fil.

Au bout de huit jours, de nouvelles anses sont appliquées dans l'intervalle des premières, un peu en avant ou en arrière de leur plan; elles sont laissées en place huit à dix jours, disposées plus près des bords et remplacées au besoin par d'autres.

Quand les lèvres de la plaie viennent en contact, on les réunit par des points séparés au crin de Florence.

Le résultat fourni par ce procédé est, comme vous le voyez, excellent. La cicatrice est linéaire, souple; la peau a conservé sa sensibilité.

J'ajouterai, pour terminer le résumé de cette observation si intéressante, que malgré l'étendue des dégâts des parties molles antibrachiales, les mouvements du poignet et du pouce sont intégralement conservés et qu'on n'observe de déficit fonctionnel que sur les dernières articulations des quatre derniers doigts: la flexion de leurs dernières phalanges est impossible pour les trois derniers, diminuée de moitié pour l'index.

C'est, vous l'avouerez, un déficit bien insignifiant, si l'on songe que ce blessé présentait trois indications d'amputation considérées il y a peu de temps encore indiscutables.

Plaie pénétrante du crâne.

M. Villemin présente un malade atteint de paralysie du membre inférieur à la suite d'une plaie pénétrante du crâne. Trépanation; esquille engagée dans le sinus longitudinal supérieur. Guérison. — (Renvoyé à une Commission : M. Picqué, rapporteur.)

Eléphantiasis de la verge.

M. Gérard Marchant. — Le malade que je vous présente était entré dans mon service pour un gonflement considérable de la verge qui est apparu il y a un an environ, précédé par de violentes démangeaisons dans la région de l'aine. En même temps, la peau de la verge présentait de petites vésicules blanches; il y avait aussi un peu d'œdème à la racine des bourses, œdème disparaissant le soir par le repos. Bientôt la verge elle-même devenait tuméfiée et violette. Sous l'influence de pansements humides,

le gonflement disparut en quinze jours ; il ne persistait qu'une légère induration à la partie inférieure de l'organe.

Cette guérison dura pendant deux à trois mois.

Puis, de nouveau, le gonflement reparut, sans cause, comme la première fois.

Le malade entra alors dans le service du professeur Dieulafoy, qui le traita par les diurétiques et les pansements à l'eau boriquée. Après trois semaines de séjour à l'hôpital, le dégonflement

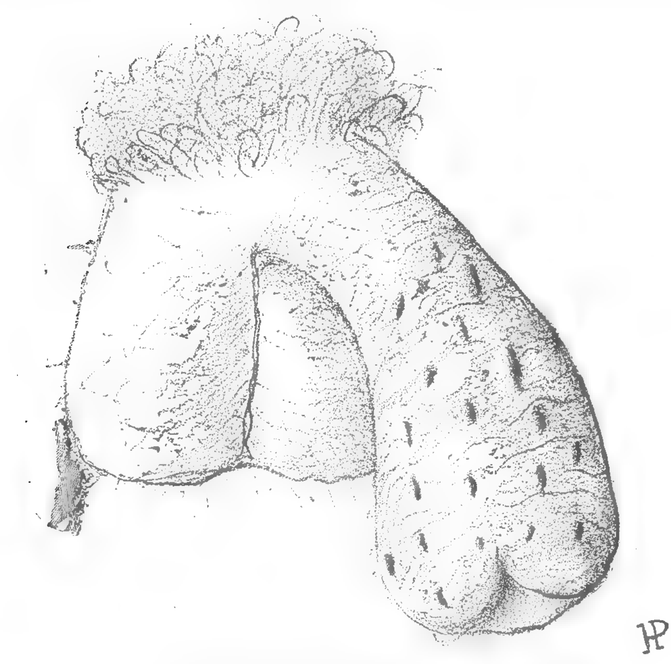


Fig. I. — Sur cette verge déformée par l'éléphantiasis on voit les traces de mouchetures.

est obtenu, mais la verge reste toujours plus grosse que normalement.

Six mois se passent ainsi sans nouvelle rechute, le sujet urine bien, le jet est rectiligne, le coït possible et non douloureux.

Au bout de ce temps, le gonflement reparaît encore. Le malade fut traité cette fois par le baume du Pérou, des applications de tanin et de glycérine. Ce traitement donnant peu de résultats, on pratiqua des mouchetures sur la verge, pendant six semaines ; on en fait dix par semaine.

Malgré cela, la verge reste enflée, et le malade entre à Boucicaut, sur les conseils du Dr Blanc, chef de laboratoire du service de chirurgie.

La verge est déformée et très enflée, la peau est un peu violacée et présente des traces de mouchetures. L'extrémité du prépuce est tuméfiée et beaucoup plus volumineuse que la racine de la verge. Cette extrémité se termine par deux bourrelets œdémateux qui s'affrontent et dissimulent ainsi complètement le méat; on ne voit pas du tout le gland.

A la palpation, on sent l'induration du prépuce, et, plus près du pubis, la verge elle-même et le gland.



Fig. II. — *Après l'opération.* — On aperçoit la ligne de suture, et l'union de la muqueuse préputiale avec la peau.

Le malade ne peut découvrir l'extrémité du gland, même en refoulant les tissus avec sa main; il pisse en pomme d'arrosoir; il reste de l'urine dans son prépuce et il souille son linge après avoir uriné. Les érections ne sont pas douloureuses, mais le coït est impossible.

Le scrotum est légèrement œdémateux; la peau de la racine de la verge est un peu violette, glisse sur les plans profonds et pourra servir à reconstituer le fourreau.

Bon état général, malgré l'obésité, un peu d'œdème des jambes, mais pas de varices.

Urines normales.

Rien au cœur.

Râles sibilants dans les poumons, car il est emphysémateux.

Foie et rate normaux.

Rien dans les antécédents ne peut expliquer cette déformation, il a toujours vécu à Paris, n'a pas *de filaires dans le sang*, n'a pas eu la syphilis.

Opération le 16 janvier. — On taille sur la face supérieure et sur la face inférieure de la verge dans les portions saines deux petits lambeaux triangulaires à base postérieure. Puis on excise toute la partie antérieure du fourreau de la verge qui dépasse le gland; au-dessous, on trouve la muqueuse préputiale entièrement saine et on suture à la peau l'ensemble, qui reconstitue un prépuce. Cette peau vient du scrotum, par glissement.

Les suites opératoires ont été des plus simples. — La verge est reconstituée, et toutes les fonctions s'accomplissent normalement.

J'ai cru devoir appeler votre attention sur *l'intégrité de la muqueuse préputiale*, qui m'a permis une restauration satisfaisante au point de vue plastique et fonctionnel de cette verge absolument déformée par l'éléphantiasis.

Résection chondroplastique de la tête humérale pour fracture comminutive. Présentation du malade quatre mois après l'opération.

M. Tuffier. — Je vous ai montré dans l'une de nos dernières séances comment, dans les résections de la tête humérale pour traumatisme, on pouvait conserver le cartilage articulaire et une partie de l'os sous-jacent. Ce fragment ostéo-cartilagineux est adapté et suturé à l'extrémité sectionnée de la diaphyse. On obtient ainsi une surface lisse qui permet une mobilité plus grande et plus rapidement acquise dans la néarthrose. J'ai donné à mon procédé le nom de résection chondroplastique.

Voici un malade, âgé de 70 ans, qui est très vigoureux et très actif. Dans une chute sur l'épaule, il se brisa la tête de l'humérus, et la radiographie nous montre une fracture comminutive de la tête et des tubérosités avec propulsion de fragments jusque dans l'aisselle. L'état général de ce malade est parfait, il vit de son travail et nous déclare, devant notre pronostic réservé au sujet des mouvements futurs de cette articulation, qu'il ne veut absolument pas rester impotent et que nous devons tout faire pour lui rendre ses mouvements et son activité.

Le 20 décembre, je pratique la résection de tous les fragments de l'extrémité fracturée. Incision pectoro-deltoïdienne, ablation des esquilles libres, puis des deux tubérosités arrachées, et d'une partie de la tête recouverte de son cartilage et luxée dans l'aisselle. Ce dernier fragment est mis dans une compresse stérilisée. Je sectionne l'humérus obliquement en bas et en dedans au niveau du col chirurgical, puis je prends la tète et son cartilage et je la taille de façon qu'elle s'adapte exactement à la surface de section de l'humérus; suture au catgut en trois points, réduction de cette nouvelle tête articulaire, réunion complète de la plaie.

Le malade guérit sans incident.

Aujourd'hui, voici son état : le moignon de l'épaule a repris sa forme. Les mouvements *passifs* s'exécutent dans la même étendue que normalement, propulsion, rétropulsion, abduction, rotation, et cela en maintenant exactement l'omoplate immobile. Les mouvements *actifs* de rotation se font sans la moindre difficulté ; l'abduction se fait à 50° ; il en est de même pour placer la main derrière le dos ou sur l'épaule du côté opposé, et cela sans le moindre jeu de l'omoplate. Les mouvements *utiles* sont tels que cet homme peut vaquer à toutes ses occupations et est absolument satisfait de son état.

Je considère le service rendu à ce malade par mon intervention comme assez remarquable pour vous être signalé.

M. Ricard. — Un de nos collègues, étant à la chasse sur un bateau, reçut un coup de feu à l'épaule qui lui enleva toutes les parties molles de la région et fracassa l'omoplate. Appelé auprès de ce collègue, après avoir constaté l'intégrité du plexus brachial et des vaisseaux, je me contentai d'un nettoyage très soigné de la région, enlevant une à une toutes les esquilles, et j'ai été assez heureux pour obtenir un résultat absolument parfait au point de vue fonctionnel.

Fracture comminutive de jambe.

M. Guibal présente un blessé atteint d'une fracture comminutive exposée de jambe, chez lequel on a tenté le traitement conservateur, qui a donné un résultat excellent. — M. Delorme, rapporteur.

Fracture verticale du bassin.

M. SOULIGOUX présente un malade atteint d'une fracture verticale du bassin à gauche et disjonction du pubis, avec rupture extra-péritonéale de la vessie. Guérison. — M. CH. WALTHER, rapporteur.

Présentation d'instrument.

Appareil thermophorique.

M. ROCHARD. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie l'*appareil thermophorique* A. Godefroy qui permet de soumettre une région malade à l'action d'une chaleur sèche dépassant 60 degrés, et cela pendant plusieurs heures.

Cet appareil est basé sur le pouvoir qu'ont certains corps, comme l'acétate de soude, par exemple, de rendre en cristallisant la chaleur qu'ils ont empruntée pour fondre; c'est, comme on le voit, l'utilisation du principe de la chaleur latente de fusion.

Pour se servir de cet appareil il faut le mettre dans l'eau bouillante et l'y laisser de 15 à 20 minutes, suivant son volume.

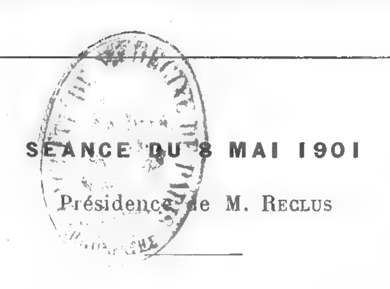
Quand il sort de l'ébullition tout stérilisé, il émet une chaleur de 70 degrés environ; il est donc nécessaire, pour l'appliquer, d'interposer entre la peau et lui un tissu plus ou moins épais. Il garde pendant plusieurs heures une température supérieure à 60 degrés : quand celle-ci est tombée au-dessous de 50 degrés, c'est-à-dire au bout de quatre à cinq heures, on peut le laisser en contact avec la peau. La durée de la chaleur produite par les appareils thermophoriques est environ quatre fois supérieure à la chaleur donnée par un même volume d'eau portée à l'ébullition.

Il en existe de tous les volumes et de toutes les formes et pouvant s'appliquer à toutes les régions du corps.

Pour ma part ils m'ont rendu de réels services dans les affections de l'abdomen, telles que les appendicites et les salpingites, et je compte les expérimenter dans les affections articulaires.

Le Secrétaire annuel,
GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 8 MAI 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. le Dr Damas (de Valence), sur les *Hydrocéphalies justiciables du drainage.* — Ce travail est renvoyé à une Commission : rapporteur, M. A. Broca.

3° Un travail de M. le Dr Froelich (de Nancy), sur *Deux cas d'occlusion intestinale.* — Ce travail est renvoyé à une Commission : rapporteur, M. A. Broca.

4° Un travail de M. le Dr Meriel (de Toulouse), intitulé : *Volumineux corps étrangers de l'intestin.* — Ce travail est renvoyé à une communication : rapporteur, M. Rochard.

5° Une lettre de M. Chaput, qui, retenu par la maladie de l'un des siens, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Tuffier dépose sur le bureau de la Société un travail de M. le Dr de Rouville (de Montpellier), sur l'*Analgésie chirurgicale par la méthode de Bier*, et un travail de M. le Dr Letoux (de Vannes), sur *Un cas de tétanos soigné dès son début par les injections intra-cérébrales d'antitoxine à haute dose.* — Ces deux travaux sont renvoyés à une Commission : rapporteur, M. Tuffier.

M. Félix LAGRANGE (de Bordeaux) offre à la Société de chirurgie le tome premier de son *Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes.*

M. le PRÉSIDENT remercie M. FÉLIX LAGRANGE au nom de la Société de chirurgie.

Communications.

Hypertrophie de la prostate. Prostatectomie périnéale totale. Guérison (1),

par M. le Dr ROUX DE BRIGNOLES (de Marseille).

Bien qu'une observation isolée ne puisse autoriser à porter un jugement sur la valeur d'une opération, je me suis permis cependant de présenter celle-ci à l'examen de la Société de Chirurgie, espérant que le résultat obtenu, malgré les imperfections inhérentes à la première exécution de toute intervention chirurgicale, contribuera peut-être à augmenter le nombre des partisans de la prostatectomie périnéale dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

L'histoire de mon malade est la suivante :

Le nommé Car... (Raphaël), marchand ambulant, âgé de soixante-six ans, d'une bonne santé générale, sans antécédents personnels ni héréditaires, présente depuis trois ou quatre ans des troubles de miction consistant en fréquence d'abord nocturne puis matinale, lenteur de départ et diminution de la projection du jet.

Une première fois, la rétention se produisit à la suite d'excès, mais cessa aussitôt. Le 13 octobre 1900, sans cause appréciable, le malade ne peut uriner, et un cathétérisme intempestif ayant produit une fausse route sans évacuer la vessie, il entre à l'hôpital. L'interne de garde constate, par le palper abdominal, un globe vésical très net; par le toucher rectal, une prostate énorme hypertrophiée en masse, du volume d'une grosse châtaigne; il essaie vainement de passer une sonde molle, mais se trouvant arrêté par la fausse route, il se contente de pratiquer une ponction.

Le lendemain, à la visite, je puis passer facilement une sonde à béquille et la laisse à demeure; la vessie se vide régulièrement et peut être lavée avec soin; les urines sont limpides, il n'y a pas

(1) Travail lu par M. le Secrétaire général.

d'infection vésicale. La crainte d'être moins heureux dans un cathétérisme ultérieur me fait laisser la sonde à demeure pendant une douzaine de jours.

Le 26, on enlève la sonde, mais la rétention est complète et il faut de nouveau recourir au cathétérisme, répété matin et soir au début, puis à la sonde à demeure au bout de quelques jours, le passage de l'instrument devenant pénible pour le malade. La vessie se vide de plus en plus mal; quelques phénomènes de cystite, légers il est vrai, mais s'accentuant de jour en jour, se manifestent. Depuis un mois j'assistais à la marche progressive d'une affection qui, par sa nature même, était appelée à franchir fatalement les étapes si bien décrites par le professeur Guyon; nous étions arrivés à la deuxième période du prostatisme, il me parut urgent d'intervenir avant l'époque irrémédiable, avant la troisième période, d'autant plus que mon malade était atteint d'une *lésion primitivement et uniquement prostatique*, ne présentait aucune infection vésicale, aucune dégénérescence de l'appareil urinaire et, à part sa rétention, jouissait, malgré son âge, d'une excellente santé.

Des trois voies par lesquelles on peut aborder la prostate : voies urétrale, hypogastrique et périnéale, je préférai cette dernière, qui me paraissait, pour une prostatectomie totale (mode d'intervention indiqué par l'hypertrophie globale de la glande), supérieure aux deux autres que j'aurais peut-être préférées s'il ne se fût agi que d'une intervention partielle.

Le 15 novembre, je pratique l'opération avec l'assistance de mon ami et collègue des hôpitaux, le Dr Aquaviva. Le malade, dont le rectum a été évacué les jours précédents, tamponné au moment de l'opération par une mèche de gaze destinée à le faire saillir, est placé dans la position de la taille périnéale; la vessie est vidée, un cathéter métallique occupe l'urètre. Incision périnéale traversant le périnée obliquement, allant de la tubérosité ischiatique droite par un trajet légèrement concave en arrière à un point situé un peu en avant de la tubérosité ischiatique gauche. Je divise successivement la peau, les couches sous-cutanées extrêmement épaisses, l'aponévrose périnéale superficielle, le transverse du périnée à droite, le bistouri toujours porté en avant, j'arrive sur la couche cellulo-aponévrotique moyenne que je divise. Quittant le bistouri, j'amorce une pince de Museux sur le lobe droit de la prostate et l'instrument étant attiré en haut par un aide, je commence à désinsérer la glande et à la séparer du rectum.

J'arrive assez facilement à cet isolement, et une grande valve est placée en avant du rectum protégeant cet organe et me donnant ainsi du jour et de l'espace; la prostate commence à s'abaisser un peu, mais elle est encore solidement fixée en avant et en

haut; la pince à traction ne déchirant pas le tissu glandulaire, je fais pratiquer par l'aide une traction en sens inverse de la précédente, c'est-à-dire de haut en bas, et je désinsère le lobe droit de ses attaches antérieures, ce qui est très rapidement exécuté; je m'attaque dès lors au lobe moyen, mais celui-ci ne peut être séparé de la face postérieure du canal avec laquelle il fait corps; j'incise la paroi de l'urètre très obliquement, pénètre dans la cavité du conduit et en sors presque immédiatement par une incision très oblique aussi d'avant en arrière et de haut en bas; le décollement du lobe moyen, favorisé par la traction, est dès lors très facile. La surface de prise, devenue grande, me permet d'exercer une traction plus forte sur le lobe gauche, dont la libération serait sans cela rendue plus délicate par la forme même de l'incision; la grosseur est amenée au dehors, laissant libre la vaste cavité qu'elle s'était creusée, et où se fait en ce moment une légère extravasation sanguine qu'un tamponnement à la gaze iodoformée arrête très vite.

La profondeur du périnée me fait renoncer à suturer le canal lui-même; je place simplement, en me guidant sur la face antérieure de l'urètre postérieur, une sonde que je fais ressortir au méat par un cathétérisme rétrograde; je place un drain en verre au fond de la plaie et suture au crin de Florence en prenant avec la peau une couche épaisse de tissus périnéaux.

La glande enlevée pesait 115 grammes, les lobes droit et moyen étaient plus développés que le gauche, hypertrophié lui-même; la mensuration du diamètre transverse maximum a donné 10 centimètres.

Rien à signaler les jours suivants; les urines sont claires, la vessie, qui se vide bien, est lavée avec soin quotidiennement, aucune goutte d'urine ne passe par le drain, qui est enlevé le 23 novembre. Le 28, la réunion étant complète, j'enlève également les points de suture; le 4 décembre, la sonde est enlevée à son tour. Dans les premiers jours, le malade a assez de peine à uriner, les mictions sont fréquentes, la vessie se vidant incomplètement à chacune d'elles. Une amélioration rapide se produit les jours suivants et nous arrivons au chiffre de 14 à 1.500 grammes d'urine recueillie dans les vingt-quatre heures; pour éviter toute infection de la vessie, je pratique tous les matins un grand lavage suivi d'une injection de 60 grammes environ d'huile gaïacolée iodoformée. J'ai la satisfaction de constater chaque jour la diminution de la quantité d'urine demeurant dans la vessie après chaque miction; de 250 grammes le 6 décembre, elle tombe le 15 à 150, et à 40 le 2 janvier, après quelques séances d'électricité et l'emploi d'un peu de teinture de noix vomique.

Je ne pus retenir plus longtemps à l'hôpital ce malade d'humeur vagabonde, mais il est venu se faire examiner quelques fois. Son dernier examen date du 28 avril; l'état général est excellent et l'état local aussi bon que possible. Le canal, largement perméable, laisse pénétrer sans aucune difficulté une sonde de Labbé n° 26. Nulle trace de rétrécissement, aucun ressaut, le nombre des mictions a diminué sensiblement, il est actuellement normal; la vessie se vide complètement, les urines, claires, ne laissent aucun dépôt, et la sonde introduite après la miction ne ramène que quelques gouttes insignifiantes d'urine.

Il y a donc eu là un résultat excellent et qui, tout isolé qu'il est, nous paraît bien favorable à la prostatectomie périnéale totale dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, d'autant plus que l'opération telle qu'elle a été conduite n'est pas, à mon avis, exempte de reproches. J'ai eu tort, en effet, d'adopter l'incision oblique biischiatique, alors qu'à l'amphithéâtre j'avais été extrêmement satisfait de l'incision en Λ de Gosset et Proust; ma conduite me fut suggérée par l'épaisseur du périnée, et je crus que l'obliquité de mon incision me donnerait plus de facilité, plus d'espace; il n'en a pas été ainsi et on a vu que l'extraction du lobe gauche en a été rendue plus difficile; aussi, à l'avenir, c'est au tracé de Gosset et Proust que je compte avoir recours. On me reprochera peut-être aussi de n'avoir pas suturé le canal; cette suture, que j'avais faite facilement à l'amphithéâtre sur des sujets plus maigres, me parut ici rendue particulièrement difficile à cause de la profondeur de l'excavation où il fallait suturer. La perte de substance de l'urètre était petite et n'intéressait que sa face postérieure; je me trouvais, en somme, dans des conditions assez analogues à celles qui suivent l'exécution de la taille périnéale, bien meilleures même, puisque mon sphincter et une portion antésphinctérienne du canal étant conservés, j'avais tout lieu d'espérer que la plaie ne serait pas souillée. L'événement m'a donné raison, mais je ne me crois pas pour cela autorisé à conclure que quand la suture est aisée il ne vaille pas mieux en user.

Malgré ces imperfections qui seraient du reste facilement évitées dans des interventions ultérieures, le résultat est véritablement encourageant et me paraît plaider éloquemment en faveur de la prostatectomie périnéale dans les hypertrophies prostatiques des première et deuxième périodes.

Tumeurs malignes de la paupière,

par M. le Dr FÉLIX LAGRANGE (de Bordeaux).

L'anatomie pathologique des tumeurs malignes de la paupière est très pauvre en faits complètement étudiés; nous rapportons ici deux cas dont l'étude histologique a montré des lésions que la clinique ne faisait pas supposer; il s'agit d'un épithélioma tubulé ayant les allures d'un sarcome et un sarcome mélanique intéressant par son mode de pigmentation.

OBS. I. — *Épithélioma tubulé de la conjonctive palpébrale formant dans l'épaisseur de la paupière une volumineuse tumeur.*

Marie A...., soixante-quinze ans, de Saint-Sulpice-d'Izou (Gironde), cultivatrice, présentant des antécédents héréditaires et personnels parfaits vient nous consulter à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 19 décembre 1899, pour une volumineuse tumeur occupant toute l'épaisseur de la paupière inférieure de l'œil gauche.

Le début du mal remonte à six mois; à cette époque, la malade a remarqué que sa paupière commençait à s'épaissir; cet épaississement a augmenté peu à peu sans entraîner ni douleurs ni hémorragie, ni sécrétion conjonctivale d'aucune sorte; l'œil est normal.

Au moment de notre examen, nous constatons une saillie grosse comme une grosse amande, soulevant la conjonctive à laquelle elle adhère étroitement; cette membrane est congestionnée, vascularisée; on y remarque notamment une grosse veine bien évidente. Un sillon assez profond divise en deux parties inégales cette saillie sous-conjonctivale; au fond de ce sillon existe une ulcération donnant lieu à un peu de suintement séro-sanguinolent lorsqu'on cherche à en écarter les parois.

Si l'on prend cette tumeur entre les deux doigts, on constate sa parfaite indépendance de la peau qui glisse très facilement à sa surface. Cette palpation révèle du côté de l'orbite, dans les profondeurs du cul-de-sac, la présence d'un prolongement s'insinuant entre les muscles droit inférieur et petit oblique.

Cette tumeur est remarquable non seulement par son volume, mais encore par sa consistance dure, qui rappelle absolument celle des tumeurs fibroplastiques et en certains points celles du squirrhe. Il existe deux ganglions sous-maxillaires qui doivent tenir une grande place dans la discussion du diagnostic, mais ces ganglions peu volumineux existent, dit la malade, depuis très longtemps; ils seraient antérieurs au néoplasme, et, tout en reconnaissant la nécessité d'en pratiquer l'ablation, nous ne croyons pas devoir leur donner une signification capitale; à cause du volume du néoplasme, de sa dureté, de son indépendance avec la peau, de la rapidité même de son développement, nous nous arrêtons au diagnostic sarcome de la paupière.

Nous nous sommes trompés; la tumeur est enlevée très complètement dès le lendemain avec les ganglions sous-maxillaires, et l'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un *épithélioma tubulé*, émané de la conjonctive, s'étant infiltré dans l'épaisseur de la paupière en provoquaut autour lui une abondante prolifération cellulaire donnant à cette tumeur, sur beaucoup de points, l'aspect d'un squirrhe.

Examen macroscopique. — L'examen macroscopique de la tumeur nous montre qu'elle est assez régulièrement entourée de gangue celluleuse; mais il ne s'agit pas là d'un enkystement véritable, car la tumeur ne se séparerait pas de son enveloppe sans déchirure, et il serait impossible de l'énucléer au vrai sens du mot, et ce défaut d'enkystement indique déjà la malignité du mal. Il est impossiblede séparer la conjonctive du néoplasme; la muqueuse en fait partie intégrante.

A la coupe, on obtient une surface lisse, blanche, avec une faible quantité de suc; il n'y a dans la tumeur ni hémorragie apparente à l'œil nu, ni cavité kystique.

Examen histologique. — L'examen histologique, que nous ne rapporterons pas ici plus longuement et que le lecteur trouvera dans le T. II de notre *Traité des tumeurs de l'œil et de l'orbite*, a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé développé aux dépens de l'épithélium conjonctival. Cet épithélium a proliféré abondamment dans l'espace sous-conjonctival en entraînant autour de lui une abondante prolifération cellulaire embryonnaire; la masse du néoplasme est formée pour la plus grande partie par du tissu conjonctif, mais il certain que l'élément fondamental du néoplasme est ici représenté par les tubes épithéliaux, et ce cas est bien avant tout un épithélioma tubulé de la conjonctive ayant formé une volumineuse tumeur dans l'épaisseur de la paupière.

Le ganglion sous-maxillaire extirpé a été examiné au microscope; il contenait une abondante prolifération épithéliale.

Telle est notre première observation; elle est remarquable par l'aspect clinique de cet épithélioma tubulé qui, en s'infiltrant dans l'épaisseur de la paupière, a donné lieu à la formation anormale en ce point d'une volumineuse tumeur squirrheuse.

Obs. II. — M. C... cinquante-deux ans, domestique, entre le 7 mars 1900 à l'hôpital Saint-André pour une volumineuse tumeur de la paupière supérieure de l'œil gauche.

Les antécédents ne présentent rien de particulier; nous ne trouvons aucune diathèse; l'affection s'est développée spontanément sans aucun traumatisme occasionnel; son début remonte au printemps 1899. Elle a remarqué à la même époque une petite masse noirâtre sur la conjonctive bulbaire et une augmentation de volume de la paupière qui devint en quelques mois très épaisse, et commença à saigner, il y a environ deux mois.

Depuis le mois de janvier 1900, il s'écoule constamment et abondamment une sanie roussâtre et purulente.

Le 17 mars, au moment de notre premier examen, nous constatons que tout le cul-de-sac supérieur de la conjonctive est envahi par un néoplasme bourgeonnant, d'un aspect sanieux, noirâtre; ce néoplasme se propage sur la conjonclive bulbaire au-dessus de la cornée, et là, au niveau du limbe, un bourgeon plus volumineux que les autres s'est développé et recouvre la cornée, de façon que l'œil a complètement perdu ses fonctions.

La peau de la paupière glisse facilement au-dessus du néoplasme, qui occupe surtout la conjonctive et la région sous-conjonctivale. Il n'y a aucune douleur. La malade est amaigrie et d'un état général médiocre, sans présenter cependant l'aspect cachectique. Les ganglions lymphatiques ne sont pas injectés.

On propose une intervention chirurgicale qui est refusée.

Le 14 août 1900, la malade revient à l'hôpital avec une tumeur beaucoup plus grosse et qui, depuis quatre mois, n'a cessé de donner lieu à un abondant écoulement sanieux et purulent. Cette tumeur, grosse comme une orange, respecte encore complètement la peau, qu'on peut faire aisément glisser à sa surface; elle remplit tout le cul-de-sac supérieur, si bien qu'il n'est pas possible de retourner la paupière; l'œil est immobilisé dans son excursion en haut par la masse du néoplasme; la cornée est toujours recouverte par une grosse masse ayant pris racine dans la conjonctive du limbe.

Nous proposons à la malade l'ablation de la paupière supérieure de l'œil et l'exentération complète de l'orbite, que nous pratiquons le 17 août 1900.

Les suites immédiates de cette opération ont été heureuses, mais, six mois après, il se produisit une récidive dans l'orbite.

L'examen histologique de la pièce a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique, intéressant au point de vue de sa structure et de son mode de pigmentation.

Sans donner ici des détails histologiques que le lecteur trouvera *in extenso* dans le tome II de notre *Traité des tumeurs de l'œil et de l'orbite*, nous dirons que l'étude de la pièce anatomique a été faite au niveau de la tumeur épibulbaire recouvrant la cornée et au niveau de la paupière.

Dans ces deux parties, il s'agit non d'un épithélioma, ainsi que l'aspect de la tumeur, les désordres conjonctivaux, son ulcération hâtive, permettaient de le supposer, mais d'un sarcome, et, notamment, d'un angio-sarcome.

Nous avons pu constater de très intéressants désordres dans les parois mêmes des vaisseaux et nous avons pu, en quelque sorte, saisir le mécanisme des hémorragies en étudiant l'effondrement des parois vasculaires sous l'influence de la dégénérescence sarcomateuse des vaisseaux.

Avec une pareille altération vasculaire, on comprend que les

hémorragies interstitielles soient nombreuses et abondantes. C'est pour ces hémorragies que, dans ce cas, s'explique la pigmentation du sarcome.

Au sujet de l'origine du pigment dans les néoplasmes, on sait que l'accord est loin d'être fait, et il n'est pas téméraire d'affirmer que l'obscurité de cette question égale encore son importance.

Langhaus et Birnbacher donnent au pigment une origine purement hématique.

Vossius partage cette opinion, mais remarque qu'à côté de ce pigment d'origine hématique existe un pigment diffus, brun chocolat, que n'influencent pas les réactifs de Perls et de Quincke.

Enfin, Virchow, Recklinghausen, Waldeyer, Fuchs, croient à la formation métabolique du pigment, c'est-à-dire à sa formation aux dépens des matériaux albuminoïdes de la cellule.

Nous n'insisterons pas ici sur le détail de ces opinions que nous avons exposées ailleurs (1); nous dirons simplement qu'en somme, dans les sarcomes mélaniques de la conjonctive, on peut agiter trois hypothèses : 1° le pigment provient des globules rouges extravasés; 2° le pigment est autochtone, se forme par la transformation des matériaux albuminoïdes de la cellule; 3° le pigment dérive des cellules pigmentées normales ou aberrantes préexistant dans la région.

Il paraît très facile, au premier abord, de reconnaître à quelle catégorie de tumeur mélanique on a affaire; il semble que les réactions hémosidériques de Perls et de Quincke peuvent établir d'emblée l'origine hématique du pigment; il n'en est rien, parce qu'il est prouvé que, lorsque le pigment hématique est ancien, il ne donne plus lieu à ces réactions sidériques. Il en est de même de la réaction de Robin par l'acide sulfurique; cette réaction permet de différencier les vieilles hémorragies de la pigmentation elle-même; mais quand le pigment s'est développé par l'action que les cellules sarcomateuses exercent autour d'elles sur les globules extravasés, lorsque ces globules ont été transformés, digérés par l'action cellulaire, le réactif de Robin se trouve en face d'un vrai pigment et ne l'attaque pas.

Dans le cas que nous avons étudié, le pigment nous a paru présenter une double origine; son origine hématique résulte des réactions hémosidériques partielles que nous avons obtenues en quelques points; elle résulte aussi du rôle joué par les hémorragies interstitielles; nous avons pu saisir le passage des débris de globules dans l'intérieur des cellules sarcomateuses, nous avons

(1) *Traité des tumeurs de l'œil*, p. 331.

même pu voir des globules entiers pénétrer dans le corps de grosses cellules sarcomateuses.

Mais, dans ce cas, la majeure partie du pigment est probablement autochtone; nous en trouvons la preuve dans son abondance loin des orifices vasculaires et dans des endroits où il n'y a pas eu d'hémorragies. Notre cas serait donc un exemple de métastase renfermant du pigment hématique et du pigment d'origine autochtone.

La gravité de cette tumeur, qui a assez promptement récidivé, s'explique donc aussi bien par sa nature mélanique que par sa structure sarcomateuse. Au point de vue clinique, elle représente un cas ordinaire et banal de tumeur mélanique; au point de vue histologique, elle est remarquable par la coexistence des deux espèces de pigment.

Discussion.

Sur la rachi-cocaïnisation.

M. Nélaton. — J'ai le grand regret de ne pouvoir suivre l'exemple que nous a donné M. Chaput. Je ne puis comme lui vous apporter le relevé de mes observations d'anesthésie par la cocaïne injectée dans le canal rachidien, parce que ces observations ont été incomplètement prises ou prêtées.

Je ne puis donc vous apporter ici que mon impression personnelle, basée sur l'expérience que je me suis faite dans une série d'opérations déjà assez nombreuses; je puis parler de 150 cas.

Dans toutes ces opérations j'ai employé l'instrumentation et la technique indiquées par M. Tuffier, ainsi que M. Legueu les avait installées dans mon service pendant la période des vacances.

Je me suis servi de cocaïne à 2 p. 100 tyndalisée, sauf dans 25 observations où j'ai employé la cocaïne stérilisée à 120 degrés; je puis dire tout de suite que ces 25 observations correspondent pour la plupart aux cas médiocres que je signalerai.

J'ai employé la méthode en question sur des sujets adultes ou vieux; à part deux malades, l'un de quatorze, l'autre de seize ans, la plupart de ceux que j'ai ainsi anesthésiés avaient de vingt à cinquante ans; j'ai cependant eu recours à cette méthode une dizaine de fois, chez des sujets de cinquante-cinq ans à soixante-cinq ans, et une fois chez un malade de soixante-dix-sept ans.

Je n'ai guère remarqué de différence dans la façon dont l'anesthésie était supportée aux différents âges.

De parti pris je n'ai fait la rachi-cocaïnisation que pour exécuter des interventions très réglées, très limitées, et portant soit sur la zone pelvienne soit sur le membre inférieur ; et voici ce que j'ai observé :

J'ai employé les injections de cocaïne dans le canal rachidien 150 fois.

Les résultats étudiés au moment même de l'injection et dans les périodes consécutives ont été les suivants :

Immédiatement après l'injection faite :

Cinq fois l'anesthésie fut nulle ou insuffisante et je dus recourir au chloroforme.

Une fois le résultat fut mauvais, *inquiétant*. Il s'agissait d'un homme de soixante-sept ans, cachectique, à qui je pratiquais un évidement du tibia. Vers la huitième minute, le malade fut pris d'un état de malaise général accompagné d'une pâleur cadavérique, de sueurs froides et d'une accélération avec diminution de l'amplitude du pouls.

L'opération dura 10 minutes; au bout de ce temps, la pâleur, le malaise étaient les mêmes, le pouls avait disparu, le malade se plaignait sans cesse d'oppression, il avait une agitation extrême.

Je fis des injections de caféine, des applications chaudes sur les membres, et, au bout d'un quart d'heure, les pulsations avaient repris leur amplitude, l'état de malaise avait disparu, toute inquiétude était écartée. Sans complications consécutives, cet homme a parfaitement guéri.

Dans 45 cas environ les résultats immédiats de la cocaïnisation lombaire furent médiocres ou passables. J'entends par là que, entre 5 et 10 minutes après l'injection faite, le malade fut pris de pâleur, de sueurs froides, de sensation de malaise général avec céphalée et vomissements. Cet état s'accompagnait d'accélération et de petitesse du pouls et d'une agitation impatiente qui lui faisait incessamment réclamer la fin de l'opération.

Ces phénomènes étaient plus ou moins accusés, c'est pourquoi je les range sous la rubrique : cas médiocres ou passables ; mais plus ou moins caractérisés; ils n'allèrent jamais jusqu'à éveiller mes craintes. Evidemment l'état du malade fut quelquefois pénible, il ne devint jamais inquiétant.

J'arrive maintenant aux bons résultats. Sur 150 cas, j'en ai eu 20 que je qualifierai d'*excellents* en ce sens que j'opérai des malades qui ne sentaient rien, absolument rien, qui étaient dans leur état normal.

J'ai fait amputer ainsi par mon interne M. Kendirdji un homme qui ne cessa de causer gaiement pendant toute la durée de l'opération. J'ai fait aussi une périnéorraphie à une jeune femme qui

raconta une série de gauloiseries à un de mes externes et égaya toute l'assistance; j'ai enlevé des hémorroïdes, pratiqué des cures radicales, etc., dans les mêmes conditions. Mais, je dois le reconnaître en toute sincérité, ces résultats représentent l'exception et je ne puis les évaluer à plus de 20 sur un total de 150 observations.

De beaucoup les plus nombreux sont les cas que j'appelle bons et dont j'évalue le nombre à 80 environ.

Ce sont ceux où, avec une anesthésie complète, on ne remarque que des troubles sans durée et sans portée. Tels sont : la pâleur de la face (très réelle et de nature à alarmer le chirurgien qui n'est point prévenu que cette pâleur est fréquente et qu'elle disparaît rapidement sans avoir de conséquences), un léger sentiment de malaise général avec quelques nausées se produisant vers la 8e ou 10e minute et disparaissant aussi en quelques instants, tels sont les seuls phénomènes que j'ai observés dans ces bons cas.

Voilà donc le bilan des résultats immédiats que j'ai vus pendant la rachi-cocaïnisation.

Je crois pouvoir dire que dans les deux tiers des cas ils furent bons ou excellents, que dans un tiers ils furent passables ou médiocres et que je n'ai eu qu'une fois de l'inquiétude sur 150 opérations.

Les résultats consécutifs furent généralement très simples.

Je dois cependant signaler deux cas qui m'ont vivement préoccupé. Le premier est celui d'un jeune homme de vingt-cinq ans que j'opérai de cure radicale de hernie et qui, pendant six jours, présenta une céphalée intense accompagnée de mouvements rythmiques de balancement de la tête. Ce garçon déclarait avoir une douleur atroce de la tête et exécutait inconsciemment une sorte de balancement céphalique. Cet état dura six jours et disparut sans laisser de traces. Le malade était épileptique et avait eu des attaques caractérisées.

Le second cas est celui d'une femme très nerveuse à qui j'enlevai un bourrelet hémorroïdaire et qui, pendant huit jours, conserva une céphalée intense.

Tels sont les deux seuls cas qui, dans les jours qui suivirent la cocaïnisation lombaire, éveillèrent ma sollicitude. D'une façon générale, et ces deux cas exceptés, les phénomènes furent nuls ou insignifiants.

Je considère comme tels : une céphalée légère durant une heure ou deux dans la journée ; des vomissements se produisant une ou deux fois dans les douze heures ; une légère élévation thermique, le thermomètre marquant 38 degrés ou 38°3 le lendemain de l'intervention ; une rachialgie légère de deux ou trois jours de durée.

Tous ces phénomènes furent, en somme, très bénins, très légers et *infiniment moins désagréables* que ceux observés souvent à la suite de l'anesthésie chloroformique.

Si, maintenant, je me permets de porter un jugement sur cette méthode d'anesthésie, je vous dirai qu'elle me paraît des plus importantes. Certes, elle est encore extrêmement inégale dans ses effets. Employée de la même façon dans des conditions qui paraissent semblables, elle donnera tantôt des résultats excellents, tantôt bons, tantôt passables, tantôt médiocres. Il n'en est pas moins vrai que nous ne saurions la négliger.

Comme je vous le disais dès le début de cette communication, je ne crois pas que la rachi-cocaïnisation soit appelée à remplacer l'anesthésie générale dans les grandes opérations (que ces opérations portent sur l'abdomen ou qu'elles portent sur le membre inférieur), si elles doivent avoir une longue durée ou si elles exposent à des surprises.

C'est ainsi que, de parti pris, je n'ai jamais tenté une laparotomie avec la cocaïne lombaire, estimant : que la position à donner à la malade, la possibilité d'efforts de vomissements survenant au cours de l'opération, la possibilité d'une erreur de diagnostic conduisant à faire une opération plus laborieuse et plus longue qu'on ne le pensait tout d'abord, sont autant de raisons qui doivent faire écarter cette méthode.

Je raisonne de même pour une hystérectomie vaginale ou pour une opération longue comme une résection du genou dans laquelle le malade doit avoir une résolution absolue jusqu'à la pose de l'appareil.

En pareil cas, l'anesthésie générale me semble, à tous égards, infiniment supérieure. Elle donne plus de commodité au chirurgien, elle évite aux malades la connaissance d'une opération longue, parfois aléatoire; je ne lui vois donc que des avantages.

Mais il en va tout autrement, selon moi, lorsqu'il s'agit de ces opérations simples, bien réglées, à durée nettement limitée et dans lesquelles la sollicitude du chirurgien n'est guère éveillée que par l'emploi de l'anesthésique. Pour tous ces cas-là, l'emploi de la cocaïne lombaire me paraît nettement indiqué et son usage me semble réaliser un réel progrès.

Le nombre des opérations de cette catégorie que j'ai faites est grand ; je citerai les kélotomies, les cures radicales de hernies; les opérations sur les bourses; cures radicales d'hydrocèles, d'hématocèles, castrations, etc.

Toutes les petites opérations qui se font sur l'anus et le rectum : dilatation du sphincter, cure des hémorroïdes, des fistules anales, extirpation de tumeurs de l'anus, etc.

Toutes les opérations qui se font sur le vagin et le col ; curettages, Schrœder, périnéorraphies, etc. Enfin, toutes les interventions sur le membre inférieur, y compris les amputations. J'ai dit plus haut pourquoi je n'employais pas cette méthode pour la résection du genou. Mais j'ai fait avec une réussite parfaite des résections du tarse, des ostéotomies pour cals vicieux, etc., etc.

Somme toute, l'emploi de l'injection lombaire me paraît indiqué dans toute intervention bien réglée et de peu de durée, lorsqu'elle porte sur la région pelvienne ou le membre inférieur.

J'appuie cette manière de voir sur l'expérience des 150 cas précités. Pour les deux tiers de ces cas, que j'ai rangés sous la rubrique de cas excellents ou bons, il me semble que la démonstration est faite. Il me paraît certain que s'il n'y avait que ces cas-là, personne ne discuterait aujourd'hui l'emploi de la cocaïnisation lombaire, et, sans conteste, la méthode serait adoptée par tous.

Mais il y a les cas médiocres que, dans une évaluation très large, je fais entrer pour un tiers dans les cas que j'ai observés. Or, il me semble que ces cas médiocres de cocaïnisation lombaire peuvent supporter la comparaison avec l'anesthésie générale. En effet, la pâleur de la face, la céphalée, les vomissements, l'agitation et l'état de malaise ont été les seuls phénomènes qui me font qualifier ces cas de médiocres ; dans aucun d'eux je n'ai eu d'inquiétude pour la vie de mes opérés, et dans la très grande majorité d'entre eux, les inconvénients consécutifs, céphalée, vomissements, malaise général, ne furent pas aussi grands que ceux que provoque souvent l'anesthésie générale.

Si bien que si je compare ces résultats médiocres à ceux de l'anesthésie générale je trouve : que par les deux méthodes la douleur est également supprimée, que par les deux méthodes on a, au cours de l'anesthésie et à sa suite, des phénomènes plus ou moins ennuyeux.

Avec la rachi-cocaïnisation on observera la pâleur de la face, la céphalée, les vomissements, l'état de malaise qui trouvent leurs correspondants dans la congestion de la face, les vomissements, la respiration stertoreuse de l'anesthésie par l'éther qui, dit-on, est moins dangereuse que l'anesthésie chloroformique.

Après l'opération on a, avec la cocaïne, en thèse générale et abstraction faite de quelques cas de céphalée persistante, des ennuis infiniment moindres que ceux de l'anesthésie générale.

Je trouve donc qu'en bornant cette comparaison aux cas médiocres de la cocaïnisation lombaire, cette méthode peut supporter la comparaison avec l'anesthésie générale.

Restent les cas mauvais : j'ai dit que j'avais eu une fois une

véritable inquiétude, était-ce parce qu'il s'agissait d'un vieillard cachectique, je n'en sais rien, mais en tout cas cette inquiétude ne fut pas de longue durée et je crois ne pas m'écarter beaucoup de la vérité en disant que sur 150 opérations faites avec un anesthésique général j'aurais pu avoir une alerte de même ordre.

Du reste, la rachi-cocaïnisation est à ses débuts ; beaucoup de cas médiocres ont succédé à l'emploi de la cocaïne stérilisée à 120 degrés que je n'emploie plus. La cocaïne tyndalisée expose beaucoup moins aux accidents, et, si je ne l'avais pas abandonnée temporairement, la proportion des cas médiocres que je signale serait moindre.

Je crois aussi avoir remarqué que l'on peut modifier beaucoup la phase de malaise, de céphalée et de vomissements qui existe dans les cas précités en faisant respirer aux malades au début de cette phase quelques gouttes de chloroforme. En leur donnant le chloroforme à la reine, tout en continuant à causer avec eux. J'ai fait cela sept ou huit fois et j'ai été véritablement étonné des résultats, mais je ne puis parler qu'avec un bien petit nombre de faits et je ne saurais insister.

Quoi qu'il en soit, je terminerai cette communication en disant qu'il me semble qu'à l'heure présente la comparaison entre l'anesthésie par injection de cocaïne dans le canal rachidien et l'anesthésie générale peut être faite et que la rachi-cocaïnisation peut supporter cette comparaison.

Je ne doute pas qu'avec les améliorations qui ne manqueront pas d'être introduites dans son emploi, elle ne devienne dans l'avenir le procédé de choix pour pratiquer les opérations sur la région pelvienne et le membre inférieur.

M. Ed. Schwartz. — Je tiens à fournir mon contingent de faits à la méthode d'anesthésie préconisée par notre collègue Tuffier et à vous donner mon impression à ce sujet.

Avant d'employer cette manière de faire, j'avais été voir opérer notre collègue ; il avait bien voulu, avec une complaisance dont je le remercie, venir dans mon service et faire sur ma première malade opérée de la sorte l'injection de cocaïne.

Il s'agissait d'une cure radicale de hernie crurale chez une femme jeune ; l'analgésie fut obtenue sans difficulté, il n'y eut aucun incident, et tout se passa de telle sorte que j'employai sans hésiter sa méthode.

Depuis novembre 1900 jusqu'à aujourd'hui, j'ai pratiqué une cinquantaine d'opérations sous l'analgésie obtenue par l'injection cocaïnique lombaire.

Ces opérations ont été faites sur les membres inférieurs, les organes génitaux, l'anus et le périnée, les régions inférieures de l'abdomen; je n'ai pas fait une seule laparotomie et je n'en ferai pas, à moins d'indications spéciales, après ce que j'ai pu voir sur mes opérés, tous adultes, variant comme âge de seize ans à soixante ans.

Les cures radicales de hernies inguinales et crurales sont représentées par une vingtaine d'opérations, les curettages ou amputations du col, les colporraphies, les colpopérinéorraphies par une dizaine ; viennent ensuite des cures radicales d'hydrocèles, de varicocèles, les opérations d'hémorroïdes, de fissures anales, de fistules à l'anus, soit encore une dizaine d'opérations; enfin le membre inférieur nous a fourni des opérations sur les varices, des ablations de tumeurs, de séquestres, une résection du genou, des élongations nerveuses, des évidements et grattages d'abcès froids.

J'envisagerai successivement : 1° la technique; 2° les résultats immédiats; 3° les incidents ou accidents.

La technique de l'injection a été très bien réglée par notre collègue Tuffier. Nous nous sommes toujours servi d'une aiguille de platine iridiée à bec court, suffisamment large pour ne pas se laisser obstruer facilement en traversant les parties molles, longue de 7 centimètres. La cocaïne a été prise chaque fois chez Hallion et Carrion en ampoules stérilisées contenant 2 centimètres cubes d'une solution au 1/50.

Jamais nous n'avons dépassé 2 centigrammes; souvent, pour les membres inférieurs, nous n'avons injecté qu'un centigramme et demi.

Mes collègues et amis Rieffel et Riche et moi-même n'avons pas réussi la ponction et l'injection six fois, dont quatre me reviennent à moi seul; c'est surtout dans les cas où les individus sont musclés ou très gras, que l'épine dorsale ne fait aucun relief, malgré la position courbée en avant prise par le patient, où les points de repère sont difficiles à déterminer, que cet accident nous est arrivé. Hier encore, je n'ai pu faire la ponction chez un garçon de vingt ans atteint de tuberculose du pied et en même temps de scoliose accentuée.

Chez cinq malades, la ponction a réussi, ramené du liquide céphalo-rachidien qui sortait en bavant, l'injection a été poussée dans le canal rachidien, et, malgré notre attente, au bout de quinze minutes, il n'y avait aucune analgésie. Quatre fois, j'ai fait examiner la cocaïne restante par M. Hallion lui-même; elle offrait toutes les qualités d'un produit normal. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que chez deux malades il y a eu des nausées sans

analgésie et nous avons été obligé de recourir au chloroforme et à l'éther.

Un de ces malades était hystérique et a eu à son réveil une crise de convulsions de près d'une heure.

Il semble qu'il y ait des sujets réfractaires, ou plutôt existe-t-il des dispositions anatomiques qui empêchent la diffusion du liquide et son action sur les racines nerveuses proches, alors qu'il peut influencer les parties supérieures de la moelle ?

Nous avons pu constater que toutes les fois que le liquide céphalo-rachidien s'échappait de l'aiguille avec tension, la cocaïnisation était en général parfaite à tous les points de vue et comme analgésie et comme absence ou atténuation des phénomènes généraux.

Le plus souvent le liquide sort en bavant, l'on est même obligé d'attendre quelques secondes pour le voir arriver lentement à la surface, voire même de l'aspirer avec la seringue de Pravaz. Dans un cas, cette manœuvre fit sortir une seringue pleine de sang noir ; j'avais ponctionné une veine rachidienne. Il n'en est résulté aucun incident.

Quand on a une certaine habitude de la ponction, on est averti par la traversée d'une résistance de nature spéciale que l'on est bien dans le bon endroit ; si le liquide tarde à venir, ne pas hésiter à passer dans l'aiguille un fil d'argent stérile qui ramène presque toujours l'écoulement du liquide attendu.

Le biseau de l'aiguille étant court, cette dernière s'obstrue quelquefois, et il est bon de le savoir ; je suis certain maintenant que cela a rendu stériles au moins deux de mes ponctions initiales.

A part quatre fois, jamais les opérés n'ont accusé la moindre douleur à la ponction, si ce n'est celle de la piqûre même. Quatre fois, ils ont ressenti au moment de la pénétration de l'aiguille une douleur comme fulgurante traversant le membre inférieur gauche de haut en bas, et indice certain d'un contact avec une racine rachidienne. Il n'en est jamais rien résulté de fâcheux.

Cependant, j'ai eu à cet égard l'alerte que voici. J'avais fait la ponction rachidienne à un homme de quarante-cinq ans atteint de mal perforant plantaire, avec nécrose de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ; il avait ressenti cette douleur vive fulgurante. Je lui avais pratiqué l'évidement de son mal perforant et l'élongation du tibia postérieur. Tout alla très bien ; au bout de trois semaines, cet opéré fut pris d'une paralysie totale de tout le membre inférieur gauche avec rétention d'urine ; paralysie du sphincter anal ; en l'examinant, je constatai une paralysie de la sensibilité nettement limitée au-dessus de l'aine, de l'anesthésie cornéenne, de l'anesthésie du pharynx ; il ne se fit aucune atro-

phie musculaire et le malade était totalement guéri après quelques séances d'électricité au bout de trois à quatre semaines; il s'agissait manifestement d'une paralysie hystérique. Je l'ai revu depuis tout à fait bien remis.

Dans tous les cas où nous avons réussi la ponction et l'injection, l'analgésie est toujours survenue totale jusqu'au niveau de l'ombilic, et même au-dessus, sept à huit minutes après le retrait de l'aiguille.

Une seule fois, nous avons été obligé d'attendre une dizaine de minutes. Deux fois, nous avons obtenu une hémianalgésie; une fois, nous avions injecté très lentement la solution et le malade avait été couché sur le côté; la lésion se trouvait heureusement du côté analgésié (fistule anale); l'autre fois, l'analgésie était à gauche, l'opération devant se faire sur le pied droit. La malade fut couchée sur le côté droit et l'analgésie arriva rapidement. L'analgésie a toujours duré de une heure à une heure et quart; cependant, une fois, dans une double hernie inguinale, l'opéré a commencé à se plaindre vers la fin de la deuxième opération, qui a dû être terminée rapidement; deux autres fois, l'analgésie n'a duré que vingt-huit minutes et quinze minutes; les points de suture ont été sentis.

Nous n'insisterons pas sur les troubles survenus après l'injection et qui sont parfaitement connus. Nous n'aurons en vue que ceux qui sont véritablement importants : les vomissements et la céphalalgie.

Les nausées débutent généralement douze à quinze minutes après l'injection; ces nausées sont très désagréables, pour peu qu'elles soient accompagnées de violents efforts quand il s'agit d'opérer sur l'abdomen et son contenu : par exemple, dans les cas de cure radicale de hernie, à plus forte raison dans ceux de laparotomie. Nous avons été sérieusement incommodé au point de vue opératoire, deux fois surtout, alors qu'il s'agissait de larges anneaux laissant facilement passer les viscères. Quand cela ne dure que quelques minutes, il n'y a pas grand inconvénient; il n'en est plus de même quand la situation se prolonge. D'après Doléris, cet état peut être combattu par une injection de sulfate d'hyoscine. Généralement, les nausées et vomissements glaireux ont cessé au bout de quelques minutes. Dans un cas, ils se sont prolongés pendant plusieurs heures; dans un autre, pendant cinq jours, et ont mis véritablement l'opérée dans un triste état. C'était au mois de novembre dernier; il s'agissait d'une femme ayant une métrite hémorragique, ou un petit fibrome. Il fallait d'abord, après dilatation de l'utérus, poser un diagnostic précis, puis faire, soit l'ablation de la tumeur intra-utérine, soit un curettage. J'injec-

tai 2 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne et reconnus une métrite qui fut curettée. Tout alla bien pendant l'intervention. La malade fut prise, dès le début, de vomissements qui se continuèrent pendant cinq jours, malgré la glace à l'intérieur, les potions de Rivière. Elle vomissait tout ce qu'elle essayait de prendre; elle en arriva à un tel état, que nous lui fîmes des injections de sérum artificiel; tout se calma au bout de cinq jours, et elle sortit parfaitement guérie; elle eut en même temps une céphalalgie intense, mais qui disparut rapidement.

Il est certain que si cette situation s'était reproduite, je n'aurais pas continué les injections.

Je n'ai observé la céphalalgie vraiment intense et durant quarante-huit heures que chez un homme opéré de hernie. Chez d'autres malades, elle a duré quelques heures, vingt-quatre heures au plus, et a disparu.

Un phénomène gênant sur lequel je désire encore insister, c'est le tremblement général que présentent, à un haut degré, certains malades, et qui gêne l'opérateur quand il a à faire une opération un peu minutieuse, des sutures, par exemple.

Il nous a semblé que les rétentions d'urine, qui surviennent rarement après les opérations de hernies, ont été plus fréquentes après la cocaïnisation rachidienne; nous l'avons observée chez cinq malades au moins sur la vingtaine de hernies opérées.

Un dernier inconvénient à signaler, c'est l'émission de matières par l'anus dans les efforts de vomissements; il n'a aucune importance, si l'on a soin de bien vider le rectum de son contenu avant l'opération par un grand lavement que l'on fera prendre au malade.

Tels sont les faits que je tenais à vous communiquer.

Mes impressions sont les suivantes :

Au point de vue de la technique, je ne la trouve pas aussi simple que veut bien le dire notre collègue Tuffier. Quand, après une cinquantaine de ponctions, on est encore dans le cas de ne pas faire une injection réussie, quelle que soit d'ailleurs la cause de l'insuccès, on ne peut pas considérer la manœuvre comme exempte de difficultés. Pour moi, je suis persuadé que les inconstances de la ponction, soit par insuccès franc, soit par manque d'action de la cocaïne injectée, seront un appoint très sérieux dans le découragement de ceux qui abandonneront la méthode. Ces incidents sont, à la rigueur, tolérables dans un service hospitalier où l'on a sous la main aides et anesthésiques; ils ne le seraient pas dans la pratique ordinaire.

Au point de vue des résultats immédiats, les cas types sont véritablement remarquables et bien faits pour bien disposer en faveur

de la méthode; ce sont ceux où la tolérance est pour ainsi dire maxima : il n'y a aucun trouble ou presque aucun que l'analgésie. Ce sont les plus rares; presque toujours il y a des nausées, des vomissements, de peu d'importance quand il ne s'agit pas d'opérations ayant ouvert l'abdomen largement. Je n'ai fait et ne ferai, comme je l'ai déjà dit, aucune laparotomie sous l'analgésie rachidienne.

Les cas mauvais, qui font tort à la méthode et vous font regretter l'anesthésie générale, sont rares, nous en comptons trois, dont deux avec céphalalgie intense, un avec vomissements incoercibles pendant cinq jours.

Une dernière question nous tient à cœur, c'est celle de la conscience de l'opéré pendant l'opération. Pour ma part, autant que possible, quand il s'agira d'opérations graves, d'opérations susceptibles de donner lieu à des incidents opératoires, à des alertes, je n'emploierai pas l'analgésie rachidienne. C'est là une question de sentiment personnel, peut-être attaquable mais à coup sûr compréhensible.

Pour nous résumer, nous continuerons à nous servir de l'analgésie rachidienne.

Nous la croyons une méthode digne de figurer à côté des autres modes d'anesthésie, avec les réserves que nous avons faites et en recherchant les moyens d'atténuer ou d'éviter vomissements et céphalalgies. Nous saurons que lorsque le chloroforme et l'éther seront contre-indiqués, nous aurons encore à notre disposition, pour des interventions non justiciables de la cocaïnisation locale, la cocaïnisation par injection lombaire; pour mon compte, toutes les fois que je ferai cette dernière par choix, je prendrai la précaution de préparer mon malade comme pour l'anesthésie générale, de façon à pouvoir l'y soumettre en cas d'insuccès de la méthode, soit que la ponction ne réussisse pas, soit que le malade soit réfractaire à l'action de la cocaïne.

M. Ricard. — J'ai eu recours une cinquantaine de fois environ à la rachi-cocaïnisation. Jamais je n'ai éprouvé de difficultés particulières dans la technique. J'ai utilisé des solutions de cocaïne tantôt tyndallisées, tantôt stérilisées, et n'ai jamais dépassé la dose de 1 centigr. 1/2. J'ai toujours obtenu une anesthésie parfaite. Cependant, j'ai abandonné cette méthode à cause des accidents auxquels elle donne lieu et qui m'ont fâcheusement impressionné. J'ai été surtout frappé par les nausées, la pâleur de la face, l'anxiété respiratoire, les sueurs froides, l'agitation et la petitesse du pouls que j'ai observées chez la plupart de mes opérés à la suite de l'injection. Je ne parle pas des vomissements et des céphalées

post-opératoires qui, chez certains de mes malades, ont été d'une intensité inouïe. De tous ces faits j'ai retiré, je le répète, une mauvaise impression, une sorte de crainte qui m'a empêché de continuer mes essais; j'attendrai, pour les reprendre, que mes collègues m'aient apporté des résultats plus rassurants.

M. Paul Reclus. — Je déclare tout d'abord que je ne suis pas un adversaire intransigeant des injections lombaires, et si j'ai signalé, devant l'Académie, les accidents graves que relatent les recueils scientifiques, c'est que je n'en avais pas trouvé trace dans la monographie de M. Tuffier, le travail le plus complet sur la matière. A le lire, on croirait la méthode « innocente », et, comme il n'en est rien, j'ai aussitôt crié gare! Ma place exacte dans le débat est entre le groupe des réfractaires, le plus nombreux à la Société de Chirurgie, et celui des apôtres enthousiastes qui tiennent la technique pour fixée et la doctrine pour parfaite. J'ai obtenu des résultats parfois très bons, parfois mauvais, le plus souvent médiocres, et je désire aujourd'hui vous faire part de mon expérience assez courte, de mes lectures assez étendues, — et aussi des réflexions que m'inspire un long maniement de la cocaïne.

Nous nous entendrons facilement sur le nom à donner à la méthode. Comme toutes les découvertes, cette découverte a été préparée par des travaux « d'à côté » et Bier a eu des précurseurs parmi lesquels Corning; mais il serait excessif de faire du médecin américain un des deux pères de la « rachi-cocaïnisation ». M. Tuffier, qui plaide cette cause, nous dit que Corning a vu l'analgésie, ses limites, les phénomènes qui l'accompagnent et qu'il a même indiqué son application chirurgicale; or, ajoute-t-il, nous ne pouvons lui reprocher de ne l'avoir pas mise en pratique, car il est non chirurgien, mais médecin neuro-pathologiste! Oui, — mais si Corning avait su et voulu pratiquer une opération sous son anesthésie, il aurait échoué; nous savons, depuis les recherches de Sicard — et je l'affirme pour l'avoir expérimenté moi-même — que les injections épi-durales, celles qui ne pénètrent pas dans le liquide céphalo-rachidien, provoquent l'analgésie médicale, mais non l'analgésie chirurgicale; on voit disparaître les douleurs spontanées, mais non les douleurs au tranchant du couteau. C'est Bier, et Bier seul, qui a imaginé et réalisé la méthode; il a pénétré de propos délibéré dans le canal rachidien: il y a injecté une dose de cocaïne suffisante pour analgésier le segment inférieur du corps; il a pratiqué avec succès trois grandes opérations et, pour comble de conscience, il s'est fait faire à lui-même une injection lombaire. Je n'ignore pas que Bier a été très sévère

pour cet enfant dont, le premier, il a révélé les défauts; mais il n'en reste pas moins le père incontesté, et ses titres sont tels qu'il faut conserver à la méthode le nom de « méthode de Bier ».

La technique comprend deux points : la ponction lombaire et l'injection proprement dite. La ponction est celle que nous tenons des médecins, celle que Sicard et Chipault nous ont apprise et que M. Tuffier pratique comme eux et comme nous. Sur la région aseptisée, on jalonne un espace lombaire, en général celui qui sépare la 4e et la 5e vertèbres, en se guidant moins sur les apophyses épineuses, souvent peu appréciables, que sur la ligne qui passe par le sommet des deux crêtes iliaques. Pour écarter les lames vertébrales et favoriser l'action de l'instrument, les médecins mettent leurs malades couchés dans la position dite « en chien de fusil », et les chirurgiens, après Tuffier et Racoviceanu, les asseoient et leur font faire « gros dos ». On plante alors dans la peau une aiguille en platine iridié et longue de 7 à 8 centimètres; les uns l'enfoncent sur la ligne médiane et en la poussant en avant, les autres à un centimètre environ de la ligne médiane et en la poussant en avant et un peu en dedans. L'aiguille traverse les muscles, les ligaments jaunes qui présentent une résistance spéciale, excellent point de repère indiqué par Legueu et Kindirdjy; puis on sent que cette résistance est vaincue; l'aiguille est libre dans une cavité, et l'on est dans le canal rachidien.

Si j'ai bien compris les articles de M. Tuffier, le point capital de sa technique, celui dont il fait le centre de ce que les uns appellent sa méthode et les autres son procédé, c'est qu'il aurait substitué au trocart de Bier l'excellente aiguille à court biseau, dont nous avons tous adopté le modèle. Sauf pour le biseau, cette aiguille était depuis longtemps celle de tous les médecins ponctionneurs du cul-de-sac dural, et Sicard s'en servait dans les services de Widal et de Brissaud. Quel qu'en soit l'inventeur, l'aiguille est précieuse; mais je ne suis plus d'accord avec Tuffier lorsqu'il veut l'aiguille ouverte, pour que l'entrée dans le sac sous-arachnoïdien soit révélée par l'issue du liquide. A l'exemple des médecins, nous oblitérons l'aiguille par un fil d'argent ou un crin de Florence que nous retirons lorsque nous sommes dans le sac : d'abord nous savons que nous sommes dans le sac par la sensation que donne la traversée du ligament jaune et l'aiguille devenue libre dans le canal ; ensuite du sang coagulé, des débris de tissu oblitéreraient souvent la lumière de l'aiguille, si elle n'était remplie par l'obturateur qui, lorsqu'on l'enlève, livre au liquide une voie facile.

Cette ponction est-elle difficile? Évidemment non ; mais il faut l'apprendre, et on ne réussit pas toujours du premier coup.

M. Tuffier nous dit « que si un chirurgien est obligé de cribler de coups d'aiguille le dos de son sujet pour pénétrer dans le rachis, il fera mieux de chercher ailleurs un autre champ d'exercice ». La phrase est d'un joli tour, mais elle s'applique mal; le nombre de piqûres « ratées » le plus considérable que je relève dans mes lectures est de six. Or, le coupable n'est autre que Marx (de New-York), qui n'est pas sans notoriété, et qui, à la fin de 1900, avait pratiqué 125 injections lombaires. Pour ma part, j'ai souvent échoué au début, et, bien que maintenant j'y aie acquis une certaine dextérité, j'ai fait, la semaine dernière, trois tentatives infructueuses, il est vrai chez un scoliotique. J'ai recouru alors à la cocaïnisation localisée, et la cure radicale d'une hernie inguinale s'est achevée avec une telle aisance que mes assistants me demandaient pourquoi je cherchais avec Bier de nouvelles voies au lieu de m'en tenir à cette excellente et vieille méthode.

J'en arrive à l'injection : la substance dont on se sert est le chlorhydrate de cocaïne ; on a voulu lui substituer l'eucaïne β et la tropacocaïne; mais, comme je l'ai démontré avec Legrand et le professeur Pouchet, ces substances ont les inconvénients de la cocaïne sans en avoir la puissance analgésiante. Le titre de la solution est encore discuté, mais on n'hésite guère qu'entre la solution à 1 et 2 p. 100, celle qu'après des luttes assez longues j'ai fait admettre pour la cocaïnisation localisée ; la plupart des chirurgiens s'en tiennent à la solution à 1 p. 100 ; c'est aussi celle que je préfère en théorie; j'ai démontré, en effet, que les accidents toxiques dépendent au moins autant du titre de la solution que de la dose; toutefois, je me suis toujours servi de la solution à 2 p. 100, car, pour contrôler les assertions de M. Tuffier, je devais de toute nécessité me conformer à sa technique. La stérilisation de la cocaïne est un point capital. Après avoir préconisé la tyndallisation, M. Tuffier a adopté l'autoclave, procédé plus simple, né dans notre service et imaginé, il y a quatre ans, par notre interne en pharmacie, M. Hérissey.

On le voit, la méthode de M. Tuffier est le fruit d'un heureux éclectisme et d'une habile synthèse; il a emprunté aux médecins leur mode de ponction, leur aiguille, à laquelle il a eu le tort d'enlever l'obturateur, il a pris le titre de nos solutions, il a accepté notre procédé de stérilisation, et de tous ces précieux concours est née la moins inconstante des techniques actuelles. On nous dit que l'effort intellectuel ne dut pas être excessif. C'est possible, mais du moins fallait-il le faire, et là d'ailleurs n'est pas le seul mérite de M. Tuffier : s'il n'est arrivé que bon troisième à la pratique des injections lombaires, s'il n'y a recouru que sept ou huit mois après la publication du premier mémoire de Bier,

il a du moins adopté la méthode à une époque où elle n'était guère en faveur et il l'a vulgarisée par le nombre de ses expériences et l'importance de ses publications.

Quelques minutes après l'injection, l'analgésie commence par le pied, a dit M. Tuffier; aussi souvent par les organes génitaux, ai-je écrit après Racoviceanu; le plus souvent ou même toujours, ajouterai-je volontiers maintenant. L'embryologie explique ce mode de début, ainsi qu'il ressort d'un schéma du professeur Brissaud. En huit ou dix minutes elle atteint l'ombilic et, dans les cas heureux, je ne crois pas qu'on puisse mieux désirer; elle est pour ainsi dire « massive » et nous livre le patient aussi passif, aussi inerte, aussi insensible que dans les meilleures narcoses générales. Et, dans ces cas-là, je la préfère au chloroforme et à l'éther, non point parce que le procédé est plus simple, plus élégant, plus rapide, non parce qu'il évite les angoisses des premières bouffées, mais surtout parce que le chirurgien anesthésie lui-même le patient; et nous n'assistons pas à ce spectacle paradoxal d'un aide quelconque, le plus souvent inexpérimenté, qui endosse la plus grande responsabilité en administrant le dangereux chloroforme, tandis que l'opérateur pratique parfois la plus légère, la plus insignifiante des interventions.

Je la préfère encore à la cocaïnisation localisée, et cela pour plusieurs raisons : d'abord, elle est plus facile; j'ai dit, j'ai écrit pendant quinze ans que rien n'était plus simple que d'obtenir l'anesthésie par des injections dans les tissus; mais le peu d'élèves que j'ai fait m'a enfin ouvert les yeux, et si je réussis sans difficulté où d'autres échouent, c'est que, peu à peu, pendant que j'étudiais la question, je me suis progressivement élevé des interventions les plus légères aux interventions les plus compliquées; sans m'en rendre compte, j'ai imaginé une foule de petits « trucs », et je me suis fait une médecine opératoire à l'usage de la cocaïne. Une deuxième raison est qu'il me faut épouser ma ligne d'injection et qu'il serait difficile, au cours de l'entreprise, de modifier le plan primitif; seul, le champ opératoire est anesthésié et tout autour veillent les tissus sensibles. Tandis qu'avec « la rachi-cocaïnisation », on taille, on coupe où l'on veut, sans compter avec la sensibilité du patient. Mais, pour obtenir tous ces beaux profits, il faut une analgésie heureuse, et nous allons voir qu'elle ne l'est pas toujours.

En effet, j'ose répéter ici que les résultats des injections lombaires sont encore obscurs et incertains, et ce facteur que nous appelons le coefficient individuel ou l'idiosyncrasie semble jouer ici un rôle plus considérable que dans les autres modes d'anesthésie. Tout ce qui va suivre me paraît en être la démonstration éclatante.

D'abord, l'anesthésie peut être retardée et n'apparaître qu'au bout d'une demi-heure, une heure, une heure et demie, comme dans un cas personnel où, lorsqu'elle arriva, le patient était dans son lit et le chirurgien hors de l'hôpital. Elle peut manquer, et cela malgré des injections les plus correctes; le fait est assez fréquent pour avoir été observé par tous les expérimentateurs, et, dans des statistiques modérées, je l'ai vu évaluer à 2, 3, 4, 5 et même 6 p. 100. Elle peut disparaître trop tôt, avant que l'opération soit terminée; dans un cas personnel, au bout de la onzième minute; à la douzième, à la vingt-cinquième, à la trentième, comme je l'ai relevé dans des auteurs. Enfin, la limite de l'anesthésie est loin d'être toujours la même; règle générale, elle atteint l'ombilic, bien qu'une fois, dans une kélotomie inguinale, je l'aie vue s'arrêter au pubis. Je l'ai rarement constatée à la région sous-diaphragmatique indiquée par Tuffier comme généralement envahie, et, chez un malade à qui je voulais pratiquer une gastrostomie, la sensibilité resta entière dans l'hypocondre malgré la dose dangereuse de 4 centigrammes et une injection rapidement poussée. Je dus, le lendemain, faire mon opération sous l'analgésie localisée.

Même incertitude et même inconstance, même importance du coefficient individuel dans les accidents qui accompagnent ou qui suivent l'injection lombaire. On peut dire qu'il y en a toujours au moins un, vomissement, céphalée, élévation de température; il n'est pas rare de les observer tous les trois chez le même opéré. En général, ils sont légers et l'élévation de température qui, dans nos observations, est la règle et monte jusqu'à 39 et 40 degrés, a toujours disparu sans laisser de trace; la céphalée existe dans les deux tiers de nos cas et ne dure guère qu'un ou deux jours; mais je l'ai vue persister trois, quatre, sept et même treize jours. Les vomissements se déclarent pendant l'opération ou après; d'ordinaire ils sont passagers, mais je les ai vus persister une fois quatre et l'autre fois six jours. Je signalerai encore, parmi les accidents habituels, une paralysie sphinctérienne, une incontinence des matières fécales, gênante dans les opérations sur le périnée : chez un de nos malades, elle a duré sept jours. Tous les opérateurs américains s'en plaignent et, dans certaines statistiques, elle se retrouve une fois sur dix. Somme toute, ces accidents opératoires ou post-opératoires, et je ne parle ici que des accidents légers, me paraissent plus nombreux, plus désagréables et plus tenaces que dans les anesthésies générales. Je ne parle pas des analgésies localisées; ils y sont absolument exceptionnels.

J'en arrive au point capital : ces injections peuvent-elles provoquer la mort? Dans mon rapport à l'Académie, j'ai discuté six

cas sans parler du fait de Keen souvent signalé, mais dont je n'avais trouvé l'observation nulle part. J'ai écrit à Keen; il m'a répondu que, tout en étant peu partisan des injections lombaires, il ne croyait pas la cocaïne responsable du décès survenu dans son cas.

Sur le premier de nos six cas, le cas de Juilliard, je suis à peu près d'accord avec M. Tuffier : homme de quarante-cinq ans, injection de 1 centigr. 1/2 de cocaïne; au bout de deux heures, céphalée violente, tremblement généralisé, ascension de la température, coma et mort. On pratique l'autopsie et l'on trouve un anévrisme rompu de la sylvienne. Certainement l'injection n'a pas créé cette ectasie; mais je me suis demandé, je me demande encore si l'énergique vaso-constriction des centres nerveux par la cocaïne n'a pas provoqué la rupture prématurée de l'anévrisme et amené une mort qui aurait pu ne survenir que plus tard.

Le deuxième cas est le cas de M. Tuffier lui-même; ici le désaccord s'accentue et il m'est bien difficile d'innocenter la cocaïne. Deux heures après la cocaïnisation, le malade est pris d'asphyxie et meurt, malgré la trachéotomie et la respiration artificielle. A l'autopsie, on constate des lésions mitrales et un œdème aigu : comment ne pas incriminer la cocaïne qui, mise au contact des centres nerveux, y provoque des perturbations si profondes, des céphalées, des vomissements, de brusques ascensions de température?

Dans le troisième cas, celui de M. Henneberg, les accidents comateux et la mort survenue au bout de quinze jours n'ont rien à faire avec la méthode, nous dit Tuffier, puisqu'il y eut simple ponction sans injection de cocaïne et que le patient succomba à la méningite tuberculeuse. L'argument semble péremptoire; je remarque cependant que, dans la méthode des injections lombaires, ponction et injection sont deux termes inséparables et solidaires; et ici la ponction ne me semble pas innocente puisqu'on trouva une hémorragie de la queue-de-cheval, hémorragie que j'ai observée dans un cas personnel à la suite d'une ponction lombaire.

Même désaccord sur le cas de M. Dumont. D'après Tuffier, le tuberculeux dont il s'agit était en pleine granulie et avait 40 degrés lorsqu'on pratiqua la résection du genou. Oui, mais il s'agit là d'une première opération pratiquée le 26 février, et c'est parce qu'une amélioration sensible de l'état général était survenue, parce que la température était descendue à 37 degrés, qu'on se décida à pratiquer une seconde intervention le 19 juin, un curage du tarse. Or, le soir même, après l'injection lombaire, la température monte à 39°3 et l'opéré meurt le sixième jour, et l'on

trouve, en effet, une tuberculose des poumons, du péritoine et des viscères. Certes, le cas ne devait pas être brillant, mais il n'en est pas moins vrai que c'est après l'injection cocaïnique et l'intervention que les accidents graves ont éclaté. En tout cas, le chirurgien qui a vu le cas et qui, sans doute, peut en juger mieux que nous à distance, déclare la méthode dangereuse et conclut à son rejet.

M. Tuffier semble vouloir contester le 5e cas, celui de Goïlow, parce que l'autopsie n'a pas été faite et qu'on ne sait quel procédé d'injection a été employé. Sur le second point, M. Tuffier se trompe; l'auteur nous dit qu'il a injecté très lentement, en deux minutes environ, 1 centigr. 1/2 d'une solution de cocaïne au centième entre la 4e et la 5e lombaire, et que l'anesthésie est survenue parfaite au bout de quinze minutes. Deux heures après éclate un frisson intense, la température s'élève à 39°9, le pouls à 125; puis surviennent du délire, des lipothymies, de la somnolence, et le malade meurt vingt heures après l'opération; l'autopsie n'a pas été faite, mais l'auteur incrimine la cocaïne, et les présomptions sont contre elle. M. Tuffier écarte pour les mêmes raisons la 6e observation de mort, celle de M. Jonesco. Mais, ici encore, les présomptions sont contre cet ostracisme; M. Jonesco est un ancien prosecteur de notre école pratique; il est professeur d'une importante Faculté, chef d'un grand service, et son diagnostic doit avoir quelque valeur.

Je sais bien qu'on peut toujours contester un diagnostic; un peu de subtilité d'esprit et quelque dialectique y suffisent; cependant, l'argumentation de M. Tuffier aurait peut-être pu m'ébranler, malgré ses petites erreurs, si les observations de mort étaient, pour ainsi dire, sans attache avec les observations ordinaires, si les accidents qui ont emporté les malades n'étaient pas les mêmes que ceux observés dans des faits moins malheureux, et si, en définitive, on ne trouvait pas tous les intermédiaires entre les meilleurs et les pires des cas. Il n'est pas inutile de citer quelques-uns de ces faits « de passage ».

M. Tuffier nous dit, dans sa communication, qu'il n'accepte pas le mot de *méningisme*, « dont la consonance n'a d'autre but que d'effrayer ». Mais, en vérité, quel autre nom donner au tableau relevé dans deux observations personnelles? Chez un jeune homme ponctionné par moi, chez une jeune femme opérée par mon interne M. Duval, sous les yeux de mon suppléant, M. Bouglé, surviennent une céphalée violente, des nausées et des vomissements répétés, de la constipation, de la photophobie, de la raideur des muscles de la nuque et du dos, des douleurs en ceinture, du ralentissement du pouls, le ventre en bateau, la raie méningitique, et,

brochant sur le tout, le signe de Kernig. Ces accidents ont duré, chez l'un sept, et chez l'autre treize jours; en vérité, si, à tous ces signes, s'était jointe l'élévation de température, ce n'est point le mot de méningisme, mais de méningite, que j'aurais prononcé!

Voici d'autres observations plus significatives : celle d'Andersen de Chicago, où l'injection provoque une perte de connaissance qui dura deux heures et dont on ne put tirer le malade que par des injections de strychnine et par des lavements d'eau salée; celle de Willis Mac Donald où moins de 2 centigrammes de cocaïne en injection lombaire provoquent la cyanose, une syncope, une disparition presque complète du pouls avec accélération de la respiration, et la crise ne cessa qu'au bout de deux heures. Kocher, de Berne, aurait eu un cas semblable. Celui de Sorel, du Havre, où 15 milligrammes amènent la pâleur de la face, des sueurs froides, de la céphalée, des étourdissements; au bout d'une demi-heure, les accidents s'atténuent, mais ils avaient été assez inquiétants pour qu'on ait craint un instant de laisser le patient sur la table d'opération. Celui de Goïlow où, chez un artério-scléreux, l'injection de 15 milligrammes a pour conséquence de la céphalalgie, des nausées, des vomissements, un frisson intense, un pouls fréquent et filiforme, une obnubilation de l'intelligence, phénomènes qui durent trois jours et qui ne cédèrent enfin qu'aux injections de caféine et d'éther. Ceux que nos collègues Nélaton et Ricard viennent de vous raconter. Je pourrais multiplier ces faits où la gravité des accidents a pu faire craindre une issue fatale; ne sont-ils pas comme les avant-coureurs des catastrophes possibles?

Quelle est la fréquence de ces accidents graves? J'ai essayé d'esquisser un vague tableau comparatif de la mortalité due aux anesthésiques généraux et aux injections lombaires. M. Tuffier en a contesté la valeur et je déclare être absolument de son avis. S'il trouve que le chiffre de 1 mort sur 2.300 chloroformations est inférieur à la réalité, en ce temps de laisser-aller et de sans-gêne dans les anesthésies, je crois qu'il a raison; s'il trouve que 1 mort sur 7.000 éthérisations est aussi inférieure à la réalité parce que nous ne tenons pas compte des accidents post-opératoires, des congestions pulmonaires mortelles, je crois encore qu'il a raison; s'il ajoute qu'il est impossible de savoir à cette heure la gravité relative des injections lombaires, cela aussi me paraît vrai. Il me raille doucement lorsque je dis que sans doute quelques décès ont été cachés par quelques opérateurs timides ou confus. Il sait bien qu'on publie plus aisément ses succès que ses échecs. Mais, ajoute-t-il, pourquoi cacherait-on plutôt ses morts par la cocaïne que ses morts par le chloroforme? D'accord. Mais n'oublions pas

que la narcose est connue depuis plus de cinquante ans, que nous tous nous en avons une expérience considérable, qu'il y a de très nombreuses statistiques intégrales soumises à toutes les controverses et à tous les contrôles, et c'est justement la lumière de ces controverses et de ces contrôles qu'il faut maintenant projeter sur les injections lombaires.

Messieurs, je me résume : je n'ai point, comme on l'a dit, « exécuté » la rachi-cocaïnisation dans mon rapport à l'Académie; je n'ai point, comme l'a écrit M. Tuffier, prononcé son éloge funèbre; après avoir montré les belles anesthésies qu'elle nous donne parfois, j'ai signalé les accidents légers ou graves au prix desquels on l'achète; et si je crois, avec M. Tuffier, à l'avenir de la méthode, je me sépare nettement de lui lorsqu'il considère la technique actuelle comme rassurante. Je la crois, au contraire, obscure et incertaine dans ses résultats, et je convie les chirurgiens de bonne volonté à chercher à l'améliorer; si elle restait telle qu'elle est aujourd'hui, il ne faudrait l'accueillir que comme un procédé exceptionnel, limité dans ses applications et très inférieur à ses deux rivales : l'anesthésie généralisée et l'anesthésie localisée.

Présentations de malades.

Cinq kystes hydatiques du foie.

M. Schwartz. — Je vous ai montré il y a environ six semaines une pièce de kystes hydatiques multiples opérés par la méthode de Bobroff et par l'énucléation. Je vous présente aujourd'hui le malade guéri, et vous communique son observation en détails.

Le nommé B..., âgé de vingt-cinq ans, commis de librairie à la maison Hachette, est entré à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Schwartz (salle Gosselin, n° 2 de l'isolement), le 25 mars 1901. Il venait du service de M. Chauffard, qui avait porté le diagnostic de kystes hydatiques multiples du foie.

Le début de sa maladie semble remonter à environ deux années et jusque-là la santé de cet homme paraît avoir été excellente. Rien non plus de particulier à noter du côté de ses antécédents héréditaires.

Il y a deux ans, notre malade a commencé à ressentir d'assez vives douleurs à la région épigastrique. Tantôt il éprouvait une sensation de gêne ou de pesanteur au niveau de l'estomac; tantôt,

mais d'une façon intermittente, il avait des douleurs en ceinture assez violentes pour lui faire interrompre son travail.

Quelque temps après le début de ces accidents, notre homme a fait une chute de bicyclette sur le ventre, à la suite de laquelle il a plus souffert encore qu'auparavant.

Ces douleurs ont été d'abord mises sur le compte d'une maladie d'estomac pour laquelle le malade a été traité en ville pendant un an environ. Puis, il y a à peu près six mois, un médecin a senti à la région épigastrique une légère tuméfaction siégeant à gauche de la ligne médiane, tuméfaction qui augmenta peu à peu de volume et détermina finalement le malade à entrer à l'hôpital Cochin dans le service de M. Chauffard.

Là on reconnut la présence de deux kystes hydatiques du foie siégeant dans le lobe droit et le lobe gauche. Ce dernier, plus volumineux, a été ponctionné et a donné 70 grammes environ d'un liquide clair comme de l'eau de roche. A la suite de cette ponction le malade n'a eu ni troubles généraux ni éruptions cutanées; pendant quelques jours il s'est senti notablement soulagé; puis la gêne douloureuse a reparu.

Le malade est resté un mois dans le service de M. Chauffard, puis il a passé dans le service de chirurgie le 21 mars 1901.

A ce moment, l'examen du malade permet de reconnaître les signes physiques suivants :

A l'inspection il existe une légère voussure de la région épigastrique. A gauche, à trois travers de doigt environ de la ligne médiane, on voit encore la trace de la ponction pratiquée dans le service de M. Chauffard.

La palpation permet d'apprécier nettement le bord inférieur du foie. Il dépasse le bord des fausses côtes de trois bons travers de doigt au niveau de la ligne mamelonnaire et est irrégulièrement découpé.

A droite il se porte d'abord vers l'ombilic, décrivant une courbe à convexité inférieure, puis remonte brusquement à quelques centimètres au-dessus du nombril pour former une encoche très nette avec le lobe gauche qui descend légèrement oblique en bas et en dehors pour se perdre derrière les cartilages costaux du côté gauche.

La surface hépatique est légèrement bosselée; on sent à droite une masse arrondie assez volumineuse, à contours relativement bien délimités par rapport au reste de la substance hépatique.

Dans le lobe gauche (côté ponctionné par M. Chauffard), il existe une tuméfaction moins bien délimitée. L'intervalle séparant les deux saillies hépatiques droite et gauche correspond à l'encoche des deux lobes du foie.

En ce point on peut sentir une troisième bosselure, beaucoup plus petite et beaucoup moins nette que les précédentes.

La consistance du tissu hépatique paraît ferme, sans noyaux indurés. Il n'existe pas de frémissement hydatique; l'on sent à droite une fluctuation profonde.

La percussion de la région hépatique fait reconnaître que le bord supérieur du foie n'est pas abaissé et qu'il existe bien à son niveau une matité totale descendant aux limites que la palpation a assignées au bord inférieur de l'organe.

La phonendoscopie montre que les tuméfactions reconnues au palper font partie intégrante du foie. En appliquant le phonendoscope sur les zones saillantes du parenchyme hépatique, on arrive à délimiter des zones vibratoires correspondant au contour des trois tumeurs hépatiques.

Tels sont les symptômes physiques reconnus à l'examen du malade; les symptômes fonctionnels fournis par son interrogatoire sont au contraire à peu près nuls.

Il n'a jamais vécu avec un chien; il est vrai qu'il mange souvent de la salade.

Il n'a jamais eu ni urticaire, ni dégoût des matières grasses, ni épistaxis, ni douleurs dans l'épaule gauche, ni pleurésie. Les troubles dyspeptiques et douloureux éprouvés depuis deux ans sont les seuls accidents accusés par le malade.

Son état général est d'ailleurs bon; il n'a ni sucre ni albumine dans ses urines, qui sont en quantité normale.

En somme, le malade est porteur de trois kystes hydatiques certains reconnus par l'examen physique et bien isolés l'un de l'autre.

Opération le samedi 30 mars. — M. Schwartz pratique une première laparotomie latérale à droite, en dehors de la gaine du grand droit, là où la tumeur kystique est la plus saillante. Le péritoine ouvert, il reconnaît le kyste et le ponctionne. Il s'en écoule quelques grammes d'un liquide clair, eau de roche. Puis la poche kystique, y compris la membrane germinative, est incisée; on en retire avec soin douze vésicules-filles qu'elle renferme. La membrane germinative est décollée et enlevée en totalité; quelques points de suture au catgut à la Lembert sont placés sur la membrane adventice. Le péritoine est alors refermé et la paroi abdominale reconstituée.

(Un fil d'argent sur le plan musculo-aponévrotique : agrafes de Michel sur la peau.)

Une deuxième incision est ensuite faite sur le bord gauche de la ligne blanche. Le péritoine ouvert, on tombe sur une seconde poche kystique entourée d'adhérences péritonéales. Le kyste est ponc-

tionné; il ne s'en écoule que quelques gouttes d'un liquide clair, mais une fois le trocart retiré un petit jet de liquide s'échappe hors du kyste.

Celui-ci est alors incisé; il ne contient pas de vésicules-filles : sa membrane germinative est épaissie, blanchâtre, un peu friable, et semble légèrement altérée. M. Schwartz la décolle et l'extirpe, puis suture la membrane adventice.

Le deuxième kyste enlevé on sent bomber le troisième kyste que l'on avait diagnostiqué à gauche; on le fait saillir hors de la plaie abdominale. On sent alors en arrière de lui et accolé à sa paroi une nouvelle poche kystique appendue à la face inférieure du foie et adhérente en bas à l'intestin.

Ces deux kystes sont enlevés par énucléation totale. Quelques points de suture sont faits dans le tissu hépatique pour réunir la plaie opératoire, qui donne un abondant écoulement sanguin, mais ils ne tiennent pas et déchirent le tissu du foie. On arrive cependant à réunir toute la partie droite de la plaie d'énucléation.

Plus en arrière encore on trouve enfin un cinquième kyste, dont les parois sont affaissées; c'est celui ponctionné par M. Chauffard. Il est aussi énucléé.

Un tamponnement à la Mikulicz avec cinq mèches de gaze est placé dans la plaie d'énucléation, le ventre refermé en partie, et l'on procède au pansement du malade.

31 *mars.* — Le malade va bien; il n'a pas eu d'urticaire à la suite de son opération.

1er *avril.* — Le pansement du malade est refait; on enlève les cinq mèches de gaze du Mikulicz.

3 *avril.* — Le pansement est souillé de bile qui s'écoule en assez grande abondance. Le reste du Mikulicz est enlevé (sixième jour après l'opération) et deux drains sont placés dans la plaie.

L'écoulement de bile a encore persisté pendant l'intervalle d'un pansement, puis il a disparu pour ne plus revenir.

Le 9 avril, les drains sont remplacés par une mèche de gaze trempée dans le naphtol camphré. Les jours suivants la plaie se ferme rapidement et le malade quitte l'hôpital Cochin le 29 avril pour aller à Vincennes.

Il revient se montrer le 6 mai et est parfaitement guéri. Le foie dépasse encore un peu le rebord des fausses côtes, mais son bord inférieur n'est plus bilobé. (Observation rédigée par M. Poupardin, externe de service.)

Réfection de la sous-cloison du nez.

M. Nélaton présente une malade à laquelle il a refait une sous-cloison par le procédé qu'il a indiqué et représenté dans la thèse de Duvernoy (Paris 1900).

Une incision de 2 centimètres environ est faite sur la ligne médiane et à 5 ou 6 millimètres au-dessous du vide laissé par la sous-cloison détruite. Cette incision intéresse toutes les parties molles et découvre le maxillaire supérieur au-dessus du rebord alvéolaire.

Un ciseau courbe est alors introduit dans la plaie, poussé d'avant en arrière ; à l'aide de coups de maillet il détache l'épine nasale antéro-inférieure, ainsi qu'une lamelle du plancher des fosses nasales.

Le ciseau détache donc un lambeau ostéo-cartilagineux dont la pointe est située profondément ; une pince attire cette pointe ostéo-cartilagineuse qui est alors fixée en avant au lobule avivé.

Fistule de la membrane thyro-hyoïdienne.
Tamponnement préventif de la trachée. Guérison.

M. Lucien Picqué. — J'ai l'honneur de vous présenter le malade que j'ai eu l'occasion d'opérer dans le service de mon collègue de Villejuif, M. le Dr Pactet.

A la suite d'un coup de rasoir qu'il s'était donné dans la région du cou, au cours d'un accès de mélancolie, il en était résulté une fistule siégeant au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne et assez large pour laisser passer tous les liquides. Ce malade me suppliant d'intervenir pour mettre fin à une situation qui durait depuis deux ans et demi, je tentai avec succès la suture.

Deux points me paraissent intéressants à vous signaler : 1° le tamponnement de la trachée au cours de l'opération, qui m'a rendu le plus grand service en raison de l'abondance de l'écoulement sanguin (le lendemain, je retirai la canule et j'obtins une réunion par première intention) ; 2° la difficulté que je rencontrai dans l'oblitération de cette fistule. L'avivement fut assez laborieux ; pour éviter la traction sur les fils de suture, je crus utile de désinsérer la membrane sur le bord supérieur du cartilage thyroïde. La suture consista en une suture enchevillée, avec un fil d'argent passant dans la cavité même du pharynx. La guérison a été rapide.

Présentation de pièces.

Note sur le traitement chirurgical du hallux valgus, d'après l'étude radiographique de la déformation.

M. Loison. — En 1896, à propos d'un rapport qui vous a été fait par M. Kirmisson, au sujet d'une observation présentée par M. Delbet, certains d'entre vous ont pris part à une discussion sur la pathogénie et le traitement du hallux valgus.

Depuis cette époque, la radiographie a fait son apparition et nous a permis d'étudier *in situ* les lésions squelettiques, avec beaucoup plus de facilité et de précision que nous ne pouvions le faire sur la table d'autopsie ou dans le cours des opérations.

J'ai l'honneur de vous présenter des radiographies concernant deux malades atteints de hallux valgus : l'un a été traité, en 1898, par M. le médecin inspecteur Robert, et l'autre se trouve actuellement dans le service de M. le médecin principal Mignon. J'y joins l'image d'un pied normal qui servira de type de comparaison.

Je vais résumer brièvement les considérations qui se dégagent de l'étude de ces images, puis je tenterai d'en déduire quelques conclusions valables pour l'indication du traitement chirurgical à mettre en œuvre.

La radiographie qui porte le n° 1 concerne un lieutenant d'infanterie de marine, âgé de trente-deux ans, et le n° 2 a trait à un jeune soldat de vingt ans. Chez ces deux malades, les deux pieds sont déformés, mais je ne m'occuperai que du pied le plus atteint, le gauche dans le premier cas, et le droit dans le second. Si nous traçons l'axe longitudinal du métatarsien et l'axe longitudinal des phalanges, nous voyons que les deux lignes se croisent en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne, délimitant un angle obtus, à sinus externe, de 135 degrés pour le n° 1 et de 130 degrés pour le n° 2. Sur le pied normal, au contraire, cet angle est à peine ébauché et mesure 160 degrés.

Un simple coup d'œil nous montre que la production de cet angle anormal n'est pas due simplement à l'inclinaison en dehors des phalanges du premier orteil, mais aussi au glissement en dedans de la partie antérieure du premier métatarsien ; autrement dit, autour de l'articulation métatarso-phalangienne comme centre, s'est produit un mouvement analogue à celui qui s'observerait dans un compas dont on chercherait à rapprocher les deux branches, alors que la pointe de l'une d'elles est fixée, et que celle de l'autre appuie et glisse sur un plan résistant. A mesure

que l'angle se ferme davantage, d'autant plus se soulève et vient faire saillie en dedans le nœud articulaire.

Sur la radiographie n° 2, nous voyons, en outre, que les phalanges du gros orteil ne sont pas seulement inclinées en dehors, mais qu'elles ont, en outre, subi un mouvement de rotation suivant leur axe, de telle sorte que leur face dorsale regarde légèrement en dedans.

Entre la tête du premier et du deuxième métatarsien, se voit l'ombre de l'os sésamoïde externe qui a été entraîné fortement en dehors par le déplacement de la première phalange.

La base du triangle d'écartement situé entre le premier et le deuxième métatarsien mesure 1 cent. 8 dans le cas n° 1, et 2 cent. 1 dans le n° 2, tandis que sur le pied normal elle n'est que de 1 cent. 3.

Faisons encore remarquer l'absence d'exostose au-dessous de l'*oignon*, la saillie osseuse perceptible étant exclusivement constituée par la partie interne du métatarsien. L'augmentation du diamètre prémétatarsien du pied est donc uniquement due à la production du triangle d'écartement.

Ces lésions constatées par la radiographie cadrent du reste complètement avec celles qui ont été décrites, d'après l'examen des pièces anatomiques, par différents auteurs, entre autres par Quevedo (1). Il ne s'agit que d'une question de plus ou de moins, suivant le degré d'évolution du hallux valgus.

Je m'abstiendrai soigneusement d'entrer dans la discussion des théories pathogéniques aussi nombreuses que variées qui ont été invoquées pour expliquer la production de la déformation, et de faire l'exposé des divers traitements orthopédiques ou opératoires mis en usage, avec plus ou moins de succès, par les différents chirurgiens.

D'après l'examen de ces radiographies, il me semble que le traitement des déformations squelettiques constituant le hallux valgus peut être envisagé de deux façons, suivant le but que l'on se propose et suivant le degré d'évolution de la lésion.

Certains malades demandent tout simplement à être débarrassés de la saillie connue sous le nom d'*oignon* qui leur déforme le pied et rend la marche pénible et douloureuse. Pour satisfaire aux exigences de ce traitement symptomatique, le chirurgien n'a qu'à se mettre en devoir de supprimer le sommet saillant de l'angle constitué par la phalange et le métatarsien. L'anatomie pathologique lui a appris que cette tuméfaction était formée par un durillon dermo-épidermique au-dessous duquel se trouvait une

(1) *Thèse*, Paris, 1894.

bourse séreuse parfois enflammée, le tout reposant sur une saillie osseuse due à une exostose développée aux dépens de la partie interne de la tête métatarsienne, ou constituée tout simplement par cette tête saillant d'une façon anormale. Avant l'opération, la radiographie permettra de préciser la forme et l'étendue des parties osseuses à enlever, et, avec le ciseau et le marteau, ou la pince-gouge, on abrasera la moitié ou les deux tiers internes de la tête, et, au besoin, le segment attenant du col, de façon que le bord interne du pied reprenne une direction sensiblement rectiligne. On respectera ou on excisera la callosité cutanée suivant les cas.

Ce simple nivellement de la tête métatarsienne par abrasion ne satisfait pas toujours le chirurgien, car, s'il améliore sensiblement fonction du pied malade, il ne rétablit pas la forme de la région.

Pour tenter de rendre à la fois la forme et la fonction, il faut recourir à un procédé basé sur la pathogénie de la lésion et se proposer un double but : réduire la luxation externe de la première phalange sur le métatarsien ; supprimer le triangle anormal d'écartement provenant de l'inclinaison en dedans de l'extrémité antérieure du métatarsien.

Nous sommes en présence d'une luxation pathologique plus ou moins ancienne, irréductible par les moyens ordinaires et justiciable seulement de la méthode sanglante. Nous pouvons en conséquence tenter la réduction, en sectionnant par la voie sous-cutanée, et de préférence à ciel ouvert, les brides fibreuses capsulaires et ligamenteuses, les tendons et les muscles s'opposant à la remise en place des parties, ou bien, comme nous le faisons pour des lésions analogues des grandes articulations, pratiquer une résection semi-articulaire, portant dans le cas présent sur la partie antérieure de la tête du métatarsien, ou sur la base de la phalange, puis maintenir la réduction au moyen d'un appareil de position. La première méthode prédisposera peut-être à l'ankylose, ou risquera d'entraîner la suppression des muscles extenseurs dont les tendons sectionnés pourront ne pas se réunir. Avec la seconde nous obtiendrons plus sûrement la conservation de la mobilité des phalanges du gros orteil.

Mais il suffit de jeter un coup d'œil sur les radiographies et de supposer l'orteil reporté dans l'axe du métatarsien pour comprendre la difformité qui en résultera et la gêne qu'aura le malade à se chausser.

Il faut par conséquent s'occuper de supprimer le triangle d'écartement et tenter de ramener le premier orteil et le premier métatarsien dans le parallélisme avec le deuxième métatarsien.

Pour obtenir ce résultat, il ne me semble pas suffisant d'enlever

la sésamoïde externe que certains considèrent comme un coin interposé entre les métatarsiens et gênant leur rapprochement. J'estime qu'il est nécessaire de pratiquer sur la base du premier métatarsien une ostéotomie linéaire simple, ou une excision cunéiforme sur son flanc externe, en avant de l'insertion du long péronier latéral qu'il faut respecter. Le métatarsien sera alors reporté en dehors et maintenu dans cette position par un appareil, jusqu'à ce que la consolidation osseuse se soit faite. On pourra également, si on le juge nécessaire, aider la contention, en raccourcissant et en soutenant par quelques points de sutures perdues la portion relâchée du ligament transverse du métatarse qui se trouve entre le premier et le deuxième métatarsien.

Telles sont les quelques considérations sur le traitement opératoire du hallux valgus qui m'ont été suggérées par l'examen radiographique; j'ai désiré vous les soumettre et faire appel au résultat de votre expérience, pour les approuver ou les rejeter.

Je n'ai aucune épreuve à vous montrer à l'appui du traitement basé sur la pathogénie; mais vous pouvez voir le résultat fourni par le nivellement par abrasion de la tête métatarsienne. Le malade est celui de la radiographie n° 1, opéré par M. Robert, le 5 novembre 1898, par excision de la partie antéro-interne de la tête du métatarsien, ablation de la bourse séreuse de l'oignon et fixation du tendon extenseur, à la partie interne du métatarsien, suivant le procédé de M. Delbet. Le patient s'est trouvé satisfait de son opération, mais, sur la radiographie prise deux mois après l'intervention, vous voyez que l'inclinaison de la phalange et l'écartement du métatarsien persistent au même degré qu'auparavant.

M. Schwartz. — J'ai dans ces cas l'habitude de pratiquer une ostéotomie cunéiforme sur le métatarsien, de telle sorte que la pointe du triangle regarde en dehors, tandis que sa base regarde en dedans; ainsi se trouve corrigée la difformité de la tête articulaire, et l'orteil reprend sa rectitude.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 MAI 1901

Présidence de M. RECLUS

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Une lettre de M. COQUERELLE (de Beauvais), qui pose sa candidature au prix RICORD, et qui adresse un travail intitulé : *Histoire critique de la chirurgie antiseptique, ses origines et son évolution*; *Joseph Lister (sa vie, son œuvre)*.

3° Un livre de M. le professeur EDM. ROSE (de Berlin), intitulé : *De l'ouverture simple de la cavité abdominale dans l'appendicite.*

La Société de chirurgie adresse des remerciements au professeur ROSE.

4° Un livre de M. PHOCAS (de Lille), intitulé : *Thérapeutique chirurgicale et chirurgie journalière.*

La Société de chirurgie adresse des remerciements à M. PHOCAS.

5° Une lettre de M. LEJARS, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

1° M. NÉLATON offre à la Société, au nom de M. BOUGLÉ, un ouvrage intitulé : *Chirurgie des artères, veines, lymphatiques et nerfs.*

Des remerciements sont adressés à M. BOUGLÉ.

2° M. Tuffier dépose sur le bureau une observation de M. Adenot (de Lyon), intitulée : *Prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie prostatique.* — Renvoyée à une Commission : M. Tuffier, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Kystes hydatiques du foie.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, à la fin de la dernière séance, M. Schwartz a présenté un malade qu'il a guéri de kystes hydatiques multiples du foie en traitant les uns par l'énucléation, les autres par la suture sans drainage.

Je ferai remarquer en passant que les seuls ennuis qui se sont présentés dans ce cas intéressant, c'est-à-dire la difficulté de faire l'hémostase, c'est-à-dire la nécessité de faire un tamponnement d'abord et un drainage ensuite, c'est-à-dire l'écoulement de bile, je ferai remarquer que ces seuls ennuis ont été causés par l'énucléation. Je souligne ce fait, car je crois que la réduction sans drainage a les mêmes avantages que l'énucléation sans en avoir les inconvénients.

Mais ce n'est pas pour cela que j'ai pris la parole.

M. Schwartz, parlant des kystes qu'il a suturés sans les drainer, a écrit dans nos bulletins qu'il avait employé la méthode de Bobroff.

Je rappelle ce que j'ai dit déjà dans la séance du 27 décembre 1899, c'est que Bobroff n'est pas le premier à avoir employé cette méthode.

Bobroff a pour la première fois suturé sans le remplir d'eau salée un petit kyste du pancréas le 21 janvier 1897. J'avais fait la même chose pour un petit kyste de l'épiploon gastro-splénique le 22 juin 1896.

Il est vrai que j'avais cru au début que la suture sans capitonnage n'était applicable qu'aux très petits kystes ; il est vrai que l'expérience a modifié mon opinion sur ce point, comme je l'ai déjà dit ici, et que, depuis un certain temps, j'attache plus d'importance à l'épaisseur des parois qu'aux dimensions de la poche, mais tout cela ne fait pas que Bobroff ait employé avant moi la suture sans capitonnage ni drainage.

Suis-je donc le premier à l'avoir fait? Comme l'avait déjà remarqué Salomon, il est difficile d'être le premier à faire quoi que ce soit.

D'abord, et je l'ai déjà dit, M. Alessandro Posadas a fait en même temps que moi, à Buenos-Ayres, des tentatives du même genre que les miennes.

Mais M. Ionesco a eu le mérite de constater qu'il fallait remonter jusqu'en 1889 pour trouver la première observation de kyste hydatique non drainé.

Vous vous rappelez sans doute que M. Ionesco, au commencement de 1899, a envoyé à la Société quatre observations de kystes hydatiques traités par la suture sans drainage. Dans le mémoire qu'il nous avait adressé et sur lequel j'ai fait un rapport, il n'était question que de moi.

Presque au même moment, M. Ionesco communiquait les mêmes faits à la Société de Chirurgie de Bucarest. Il semble qu'il n'y ait pas de Pyrénées entre la France et la Roumanie, et cependant ce qui était vrai à Paris ne l'était plus à Bucarest, car, parlant des mêmes faits, M. Ionesco disait dans cette dernière ville qu'il avait employé la méthode de Thornton. J'ai rectifié par une lettre adressée à la Société de Chirurgie de Bucarest.

Puis au congrès international de l'an dernier, M. Ionesco, abandonnant Thornton comme il m'avait abandonné moi-même, vint déclarer que le procédé de suture et de réduction sans drainage appartient à Kœnig. J'ai été fort surpris de cette affirmation, mais je n'étais pas en mesure d'y répondre, ne connaissant pas le cas de Kœnig.

Depuis j'ai fait des recherches et j'ai fini par trouver, dans un article intitulé « Les kystes hydatiques de la cavité péritonéale et leurs particularités avant, pendant et après l'opération », une observation où Frantz Kœnig a en effet suturé, sans le drainer, un kyste hydatique.

Il s'agissait d'un kyste hydatique du petit bassin. En raison de l'état misérable de la malade, la narcose profonde paraissait dangereuse : d'autre part, la dissection de la tumeur était difficile et Frantz Kœnig se résolut, après avoir enlevé la vésicule-mère, à suturer la membrane adventice.

Le fait est incontestable. Frantz Kœnig a bien en 1889 suturé sans le drainer un kyste hydatique du petit bassin.

Mais jamais il n'a eu la pensée de faire de cette méthode la méthode de choix ; il n'a même jamais songé à l'appliquer aux kystes hydatiques du foie ou des autres organes abdominaux, et il nous en donne lui-même la preuve, car, dans le chapitre de son article qui est consacré au traitement de ces kystes, il déclare que la question est de savoir si l'on doit préférer l'incision en deux temps par la méthode de Volkmann ou l'incision en un temps par la méthode de Lindemann-Landau. Vous voyez, Mes-

sieurs, que l'on était loin à cette époque de la réduction sans drainage.

Vous m'excuserez, j'espère, de vous avoir rappelé ces faits qui ont été exposés avec plus de détails, à la fin de l'année dernière, dans la thèse de M. Bricet; vous m'excuserez, car c'est chez nous que s'est développée la méthode de la réduction sans drainage, c'est dans cette enceinte qu'elle a été l'objet pour la première fois d'une discussion étendue; c'est ici qu'elle a le plus de partisans et qu'elle a donné ses plus beaux succès.

Discussion.

A propos de la rachi-cocaïnisation.

M. Bazy. — Mon intention, quand j'ai demandé la parole, était tout simplement de poser une question à ceux d'entre nous qui ont l'expérience de la cocaïnisation rachidienne.

Je pensais pouvoir, sans nuire à la règle, faire cette simple question avant ceux de mes collègues qui ont parlé à la précédente séance.

C'est à l'application du règlement qui veut que chacun de nous ne parle que d'après son ordre d'inscription que vous devrez les quelques réflexions dont je vais vous imposer l'audition. Je n'ai qu'une excuse, c'est qu'un certain nombre de ces réflexions sont celles que feraient plusieurs de mes collègues s'ils avaient, eux aussi, à formuler leur appréciation.

Je voulais demander à mes collègues qui ont l'expérience de la cocaïnisation rachidienne quelle était son influence sur la vessie.

M. Schwartz seul nous a signalé quatre cas de rétention d'urine sur vingt opérations de cure radicale de hernie.

Il nous a signalé la paralysie du sphincter anal dans quelques autres cas et c'est tout.

Je n'ai fait qu'une fois la rachi-cocaïnisation, ou plutôt je l'ai fait faire devant moi par un interne de M. Tuffier, M. Loubet.

Il s'agissait d'un malade âgé et chez lequel j'avais diagnostiqué un cancer de la vessie : la contraction des muscles abdominaux m'empêchait de bien pratiquer la palpation bimanuelle de la vessie; d'autre part, quand j'ai voulu faire la cystoscopie, j'ai trouvé une vessie si intolérante que j'ai dû y renoncer. C'est ainsi que j'ai été amené à employer l'anesthésie. J'ai pensé alors à essayer la rachi-cocaïnisation.

Or, voici ce que j'ai observé :

Anesthésie par l'injection intra-rachidienne de cocaïne.

29 Avril 1901. — Injection de 1 centimètre cube de solution de cocaïne à 2 p. 100. La durée de l'injection est de 70 secondes.

Dès les premières minutes, le malade perd la sensation de la douleur; il sent encore les contacts et il éprouve des fourmillements dans les pieds.

Les temps sont comptés à partir du commencement de l'injection.

5 minutes après le commencement de l'injection, la sensation de douleur a disparu au niveau du triangle de Scarpa; le malade sent qu'on le touche mais ne sent pas qu'on le pince.

5 minutes et demie. — Miction involontaire. Pâleur du visage.

6 minutes. — Un peu de mal au cœur.

6 min. 45 secondes. — Le malade manifeste une envie de vomir qui n'est pas suivie d'effet.

10 minutes. — La sonde est introduite il semble avec quelque difficulté; en réalité, comme nous l'avons vu ensuite, elle allait buter contre le fond de la vessie, entrant sans donner de sensation spéciale.

11 min. 30 secondes. — Léger mal au cœur.

15 minutes. — La sonde, après avoir été retirée, est réintroduite. On va buter contre le fond de la vessie, et la sensation ressentie est telle qu'on pense être arrêté au niveau de la prostate. L'issue d'une certaine quantité d'urine renseigne seule sur la région où est arrêtée la sonde.

22 minutes. — L'eau injectée dans la vessie ne reste pas et ressort entre la sonde et le canal, mélangée à une certaine quantité d'urine. Le sphincter est relâché et, à une légère pression, l'eau et l'urine sortent entre la sonde et le sphincter. Pour voir la quantité d'urine que retient la vessie, on recueille par la sonde le liquide contenu dans la vessie au moment où, pendant l'injection, il commence à passer par le canal, et on n'en retire ainsi que 27 centimètres cubes.

28 minutes. — Le sphincter anal est absolument relâché; on pratique le toucher rectal. La pression de la vessie par la palpation bimanuelle fait sortir de l'urine contenue dans la vessie, le sphincter ne retenant rien.

Le malade a toujours un peu mal au cœur, il est très pâle et couvert de sueur froide.

Une fois couché, quoique bien couvert, il a froid aux pieds et tremble pendant deux ou trois heures.

30 Avril. — Depuis hier, le malade a mal à la tête et aux reins; il a vomi pendant une heure et demie environ après l'injection.

Il résulte de cette observation, si elle est l'expression de la généralité des cas, qu'on ne pourrait pas compter sur ce mode d'anesthésie pour faire des opérations comme la lithotritie.

J'ai fait des lithotrities avec une vessie presque vide de liquide, mais alors la vessie était comme contracturée et offrait une surface résistante sur laquelle reposaient les débris calculeux, faciles dè

lors à saisir; mais les vessies ainsi anesthésiées sont des vessies flasques, analogues à celles des cadavres, sur lesquels la lithotritie est beaucoup plus laborieuse que sur les vivants.

Voilà un premier point.

J'insisterai aussi sur la paralysie du sphincter anal qui, chez mon opéré, était absolue, à tel point qu'il eût été impossible de l'opérer d'une fissure anale.

Elle était si absolue qu'on aurait pu, je crois, mettre le poing dans le rectum.

Le malade étant parti après quarante-huit heures et n'étant pas revenu, j'ignore ce qu'est devenu ce sphincter.

Permettez-moi d'ajouter à ces détails spéciaux quelques autres réflexions.

Mon malade a vomi après l'injection. Il était très pâle et ressemblait à un homme atteint d'un violent mal de mer: pâleur, sueurs froides, tendances lipothymiques. Tout cela m'aurait fort effrayé si je n'avais su que cela se passe souvent ainsi.

C'est tout de même impressionnant.

A propos du manuel opératoire, je dirai :

Il me paraît que la technique est très simple et que ses difficultés ne peuvent pas arrêter.

Cependant, MM. Schwartz et Reclus nous ont dit que, malgré une expérience déjà assez grande, ils avaient fait des ponctions blanches.

Cela est certainement arrivé à d'autres plus expérimentés.

L'anesthésie peut être nulle. Il faut donc être en mesure de donner du chlorofor. , on sera peut-être alors bien embarrassé si on en a dit trop de mal.

Pour la technique elle-même, je serais assez de l'avis de M. Reclus qui conseille d'employer la technique des médecins qui, pour éviter que la canule ne soit obturée par un caillot ou tout autre corps, laissent un fil d'argent dans l'aiguille.

Voici pourquoi : lors de la ponction faite par M. Loubet, l'aiguille a été bouchée par un débris membraneux ou conjonctif; il est vrai que ce n'était pas l'aiguille employée par M. Tuffier.

J'ai voulu, quelques jours après, faire une ponction rachidienne: tout s'est bien passé; je suis entré dans l'espace sous-arachnoïdien : rien n'est venu, mon aiguille était bouchée par un petit caillot. C'était l'aiguille de M. Tuffier.

A l'avenir, si j'en fais, je laisserai le mandrin dans l'aiguille, car on a très nettement la sensation qu'on est arrivé, sans qu'il soit nécessaire d'en être averti par l'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

Permettez-moi encore une autre réflexion. J'ai lu très attenti-

vement les communications de mes collègues et j'y ai vu que beaucoup d'opérations auraient pu être faites sous le bénéfice de l'anesthésie localisée à la cocaïne, même sans s'en servir aussi couramment que M. Reclus; dans d'autres cas, le bromure d'éthyle aurait suffi. On peut donc les éliminer pour une comparaison.

Les autres peuvent être comparées aux anesthésies générales par chloroforme ou éther. Eh bien, à mon avis la question se pose de la manière suivante.

Les sujets anesthésiés par injection intra-rachidienne de cocaïne ont des vomissements pendant l'opération, sans qu'on puisse, au moins actuellement, les arrêter, et ils en ont conscience; ils vomissent aussi après l'opération, une fois rapportés dans leur lit.

Par l'anesthésie générale, il y a les vomissements pendant l'opération; ils peuvent être arrêtés; les malades n'en ont pas conscience; il y a les vomissements après.

Lequel des deux vaut le mieux?

Dans l'anesthésie cocaïnique, il y a les maux de tête plus ou moins violents après l'opération, il y a l'élévation thermique. Cela n'existe ni avec l'éther ni avec le chloroforme. Lequel des deux vaut le mieux?

Si on vient nous prouver (et nous ne demandons pas mieux, tous tant que nous sommes, qu'il en soit ainsi) que l'anesthésie cocaï-rachidienne est innocente, nous devrons l'employer.

Or, j'ai été frappé, et beaucoup de mes collègues avec moi, non pas tant des cas de mort qui ont été cités, que des accidents plus ou moins sérieux qu'on a décrits et qui expliquent ces cas de mort, qui prouvent que ces morts sont dues à l'action de l'anesthésique et ne sont pas des morts fortuites.

Pour ce qui me concerne, je dirai que quand j'ai fait mes expériences sur l'absorption de la vessie, j'ai été frappé de voir des lapins en expérience rejeter par la bouche une assez grande quantité de liquide provenant du poumon atteint d'œdème; or ce rejet n'avait lieu que dans les empoisonnements par la cocaïne et n'avait pas lieu dans les empoisonnements par la strychnine ou l'acide cyanhydrique, par exemple; aussi n'ai-je pas été choqué d'entendre attribuer à la cocaïne un cas de mort par œdème pulmonaire.

Je n'insiste pas et je terminerai en disant: si on nous apporte une méthode absolument innocente, je n'hésiterai pas à l'adopter. En attendant, il me répugne d'employer un mode d'anesthésie dont je ne puis régler l'action. Une fois la cocaïne entrée, on n'est plus maître de ses effets : il faut les subir tous, jusqu'au dernier, y compris l'effet mortel. Je ne parle pas des effets retardés, que nous ne connaissons pas encore.

M. Gérard Marchant. — Je n'ai eu recours qu'une seule fois à l'anesthésie lombaire, mais dans des circonstances spéciales qui méritent de vous être rapportées.

Il s'agissait d'une femme de cinquante-quatre ans, atteinte d'un volumineux fibrome utérin avec pertes hémorragiques persistantes, prolongées, commandant une intervention. Mais cette malade était en même temps cardiaque, et elle présentait un rétrécissement mitral pour lequel elle avait été soignée par le professeur Potain, qui lui aurait signalé les dangers de l'anesthésie chloroformique, avec une pareille lésion. Cette malade me supplia de ne pas l'endormir à l'éther ou au chloroforme.

C'est alors que j'eus l'idée de recourir à l'anesthésie lombaire, et je priai notre collègue Tuffier de vouloir bien venir dans mon service procéder lui-même à cette anesthésie.

La ponction et l'injection furent exécutées par M. Tuffier, sans aucun incident. La dose injectée fut de 3 centigrammes d'une solution de cocaïne stérilisée par Carrion.

Au bout de dix minutes je commençai l'opération. Je pratiquai une incision abdominale totale par le procédé de Doyen.

L'opération dura vingt-cinq minutes, depuis l'incision abdominale jusqu'au placement du dernier fil de suture cutanée. La malade avait les yeux bandés et, interrogée par nous pendant tous les temps de cette intervention, elle nous répondit qu'elle ne souffrait pas, mais qu'on lui tirait sur les jambes. Ce fut sa seule sensation.

Pendant l'opération, injection sous-cutanée de caféine, et immédiatement après l'acte opératoire, absorption de deux tasses de café.

Les suites opératoires furent des plus parfaites, puisque le pouls resta invariable, et qu'il ne se produisit ni céphalée ni vomissement.

C'est donc un succès des plus parfaits, chez une cardiaque avérée, à l'actif de la méthode.

M. Routier. — Je veux aussi vous apporter les quelques faits de ma pratique, et vous dirai ensuite pourquoi je n'ai pas eu plus souvent recours à la rachi-cocaïnisation.

J'ai longtemps hésité à employer cette méthode d'anesthésie, parce que je lui reproche de permettre au malade d'assister à son opération, ce qui me répugne s'il s'agit d'une opération un peu sérieuse.

Je n'ai donc employé la rachi-cocaïnisation que pour des opérations relativement légères. J'ai cinq cas : une cure d'hydrocèle,

une résection d'épididyme tuberculeux, une colpopérinéorraphie et un évidement du tibia pour une ostéo-myélite.

Pour ces cinq cas, j'ai suivi point par point la technique de mon ami Tuffier ; je n'ai pas rencontré de difficultés et n'ai observé que ce qu'on pourrait appeler les petits inconvénients de la méthode. Toujours l'anesthésie a été parfaite, les malades ont vomi deux fois, et une fois nous avons eu une céphalée persistante. Une femme a eu pendant son opération une loquacité insolite.

Le malade dont j'ai trépané le tibia craignait beaucoup que je lui fasse mal, et me suppliait de finir à chaque coup de maillet, mais il ne fit pas un seul mouvement de retrait, et m'assura après qu'il n'avait rien senti.

Depuis, j'ai un sixième cas, qui confirme les réflexions que je vous présentais sur cette méthode d'anesthésie : son principal défaut, disais-je, c'est qu'on injecte dans l'organisme du patient une dose du poison, et cette dose, il doit l'éliminer; il nous est jusqu'ici impossible d'avoir autre chose qu'une moyenne, rien ne nous dit que tel sujet demanderait plus ou moins du médicament.

Je viens de m'en servir à la dose de 1 centimètre cube de la solution à 2 p. 100, sur un colosse, que je n'avais pas voulu chloroformer à cause de sa bronchite; il a eu des accidents sérieux qui nous ont beaucoup préoccupé; tout s'est bien terminé, mais nous avons eu un moment d'angoisse.

Comme je ne redoute pas le chloroforme, je crois que je lui resterai fidèle, et que la cocaïnisation rachidienne sera pour moi une méthode d'exception.

M. Guinard. — Je ne veux pas laisser se terminer cette discussion sur la rachi-cocaïnisation sans vous dire un mot d'un fait que j'ai observé récemment. J'y reviendrai dans une communication spéciale et je n'en parle ici qu'au point de vue de l'anesthésie par les injections intra-rachidiennes de cocaïne. Il s'agit d'une malade qui, à la suite d'une amygdalite et d'un abcès cervical consécutif, ouvert et drainé par notre collègue M. Riche, a eu de la méningite spinale à streptocoques que M. Widal étudia avec soin. Après divers incidents extrêmement intéressants sur lesquels je reviendrai, je me décidai à faire une laminectomie, une trépanation et un drainage du canal arachnoïdo-pie-mérien. Je trouvai l'occasion bonne de me servir de l'anesthésie lombaire et j'injectai un centigramme et demi de cocaïne dans le liquide arachnoïdien. Malgré notre attente, il n'y eut pas trace d'anesthésie, et je me demande s'il n'en est pas des méninges comme de la conjonctive, qui ne s'anesthésie bien que si elle n'est pas enflammée. C'est à ce seul point de vue que je note ici mon observation.

Rapport.

Deux observations d'occlusion par vice de position de l'intestin
par M. Frölich, agrégé à la Faculté de Nancy.

Rapport par M. A. BROCA.

M. le Dr Frölich a soumis à notre examen deux faits d'occlusion intestinale par vice de position. Dans l'un, il s'agit d'une torsion totale de l'intestin autour de son pédicule mésentérique; dans l'autre, d'une rotation du cæcum autour de son axe vertical.

La première observation est celle d'un garçon de trois ans qui, depuis quinze jours, ne rendait presque pas de selles et avait des vomissements alimentaires et bilieux. Le 22 octobre 1900, M. Frölich constata un météorisme énorme, accompagné d'épanchement ascitique dans l'hypogastre et dans les flancs; pouls à 140, température à 36 degrés et à 35°8. Le médecin traitant pensait à une péritonite tuberculeuse; M. Frölich admit plutôt une occlusion lente, peut-être par invagination, malgré l'absence de selles sanglantes. Il pratiqua donc la laparotomie et vit d'abord sortir environ 1 litre de liquide séreux, puis sanguinolent. L'enfant était en très mauvais état, en sorte que M. Frölich se borna à une incision de 8 centimètres, par laquelle, après avoir aperçu des anses distendues et congestionnées, il sentit à droite le cæcum dilaté et une bride qui lui parut formée par un repli fortement tendu du mésentère. Il déroula environ 2 mètres d'intestin, crut constater alors que la bride avait disparu, établit un anus contre nature et referma le ventre. Des matières abondantes s'écoulèrent, mais les vomissements persistèrent et l'enfant succomba au bout de trente-six heures.

A l'autopsie, le premier fait noté fut la position de l'S iliaque à droite, sous les fausses côtes, et cela tenait à une torsion complète, gros intestin compris, du paquet intestinal autour de son pédicule mésentérique; la torsion avait eu lieu de gauche à droite, et tout le paquet était allé se loger dans l'hypocondre droit. Là, le mésentère, sous forme d'un bord tranchant, passait obliquement sur l'angle droit du côlon et, à ce niveau, existait « un rétrécissement très profond, entourant comme une bague le gros intestin »; en amont, côlon et cæcum sont « énormément distendus, leurs parois sont charnues comme celles d'une matrice (épaisseur, 1 centimètre) ». Le rétrécissement admettait le petit doigt; sur lui, la muqueuse était saine; autour, la musculeuse, hypertrophiée, présentait au microscope les lésions de l'inflammation banale. A ce niveau, le méso-côlon était enflammé et

rétracté; comme le reste du mésentère, il contenait de petits ganglions; enfin, sur presque toute l'étendue de l'intestin, on voyait une ligne blanchâtre, trace probable d'ancienne entérite.

Quel fut, en pathogénie, l'ordre de succession entre l'entérite et le rétrécissement du côlon? M. Frölich, tout en reconnaissant que les lésions font penser, pour le rétrécissement, à plus de quinze jours d'ancienneté, serait plutôt disposé à l'attribuer au passage de la bride mésentérique, tendue juste à ce niveau. Mais il reste prudemment dans un doute dont je ne l'ôterai point. Il est possible, cependant, que la poussée exercée sur le point rétréci par les matières ait eu pour résultat d'imprimer à toute la masse intestinale une rotation autour de son pédicule, qui s'est en effet produite de gauche à droite. Mais cette question théorique n'est pas élucidée, et il convient d'ajouter que Pierre Delbet, dans une intéressante publication sur deux cas de ce genre, l'a également laissée dans l'ombre.

D'après ces deux observations, et tout en montrant combien le diagnostic anatomique reste obscur avant la laparotomie, Delbet a fait voir que, dans la symptomatologie, on relève quelques traits assez particuliers qui sont : 1° la rapidité et le volume du météorisme; 2° l'atténuation ou même l'absence des vomissements fécaloïdes; 3° la production rapide d'un épanchement ascitique assez abondant. Cette triade a été confirmée par M. Frölich, lequel conclut en outre, de l'examen de son malade, que les symptômes peuvent être assez lents pour permettre une quinzaine de jours de survie, fait commun, ajoute-t-il, à toutes les occlusions par vice de position.

Pour guérir cette lésion, la seule pratique convenable consiste à éviscérer après laparotomie tout le paquet tordu, de façon à le détordre. En raison de l'état précaire d'un enfant à bout de forces, M. Frölich n'a pas osé entreprendre cette besogne qui, même à l'autopsie, fut assez laborieuse. Mais l'événement lui a donné tort, car l'anus artificiel, forcément établi au-dessous de l'obstacle, n'a servi à rien. Ces cas sont graves, mais Delbet, par éviscération, a obtenu un succès *local*, vérifié à l'autopsie du sujet mort de broncho-pneumonie au 11e jour.

Peu importe la gravité d'une intervention quand on n'a pas la latitude d'en choisir une autre. Or il est aujourd'hui prouvé qu'en cas de volvulus, même quand la torsion porte sur une anse limitée, c'est cette anse qui se météorise le plus et se présente presque fatalement à l'anus contre nature. De cette distension d'abord localisée, sur une anse immobilisée en un point fixe de l'abdomen résulte même le signe spécial grâce auquel von Wahl nous a appris à établir à l'avance, dans certains cas au moins, le

diagnostic d'une occlusion par volvulus. C'est ce qui eut lieu chez le second malade de M. Frölich.

Il s'agit cette fois d'un adulte, auprès duquel M. Frölich fut appelé le 10 novembre 1900, au quatrième jour d'une occlusion qui avait débuté brusquement, à table, par une vive douleur dans le flanc droit, bientôt suivie de nausées et de vomissements. Le lendemain, M. le Dr Schuhl trouva dans le flanc droit une masse dure, mate, facile à délimiter, semblant se déplacer pendant les mouvements respiratoires. Cette tumeur verticale, grosse comme les deux poings ou plus, mobile latéralement, mate à la percussion superficielle, mais sonore à la percussion profonde, douloureuse à la pression, était encore appréciable au quatrième jour, quand vint M. Frölich. En outre, on entendait dans les deux flancs un peu de matité révélatrice d'une légère ascite; les symptômes étaient d'une intensité modérée; enfin, un an auparavant, le malade avait subi pendant vingt-quatre heures une crise analogue, mais atténuée. Le diagnostic fut donc : volvulus du cæcum. Comme M. Schuhl se demandait si l'on ne pouvait pas croire à une appendicite, M. Frölich fit une laparotomie latérale et non médiane. Il arriva sur une torsion du côlon ascendant à 15 centimètres au-dessus du fond du cæcum; il la détordit, après libération de l'épiploon, adhérent par sa pointe dans un petit sac de hernie inguinale, et le malade guérit rapidement.

Les faits de ce genre ne sont pas très fréquents, mais ils ne sont pas non plus très rares. Après l'S iliaque, le cæcum est un des sièges de prédilection des volvulus, lorsque la partie inférieure du côlon ascendant est dépourvue de méso, comme chez le malade de M. Frölich. Je vous rappellerai, en particulier, qu'en 1897 j'ai exposé devant vous une observation semblable de M. Legueu. Les points ici intéressants sont, outre l'heureuse issue, la netteté des signes ayant permis le diagnostic, et l'existence, dans les antécédents, d'une crise probablement due à une torsion passagère, possible en raison de l'état anatomique du méso.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Frölich et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre correspondant.

M. Guinard. — Il y a trois jours, je reçus à la Maison Dubois une malade de cinquante-deux ans envoyée par notre collègue M. Brun. Cette femme avait depuis huit jours une occlusion intestinale totale — pas de gaz — pas de selles malgré force purgations et lavements électriques. L'état général n'était cependant pas mauvais, malgré un ballonnement énorme.

Devant l'incertitude du diagnostic, je fis une incision explora-

trice du pubis à l'appendice xiphoïde, et après quelques hésitations je vis que le cæcum et le côlon ascendant, ainsi que le tiers droit du côlon transverse, étaient extrêmement dilatés, alors que le côlon descendant, l'S iliaque et le rectum étaient très rétractés. Je trouvai alors vers l'angle gauche du côlon un cordon ressemblant au cordon ombilical, avec ses tours de spirale. Ce cordon était formé par une torsion du méso-côlon transverse. Il s'agissait d'un côlon transverse prolabé en forme d'U et tordu deux fois sur lui-même, de sorte que la portion moyenne de ce côlon transverse était très dilatée et séparée, par le cordon de torsion du reste de l'intestin. Je pus facilement détordre ce cordon, et les gaz se précipitèrent bruyamment dans le côlon descendant et sortirent par une canule rectale que j'avais fait pénétrer dans l'S iliaque. Je remarque que si j'avais, par malheur, fait un anus iliaque, une entérotomie de Nélaton, le résultat aurait été désastreux, car l'orifice aurait été fait précisément sur l'anse étranglée et l'occlusion aurait persisté.

Ce fait montre bien une fois de plus qu'il faut dans ces cas faire d'emblée une très grande incision médiane pour y voir très clair.

Je remarque en terminant que, suivant la règle en pareil cas, il n'y avait pas de vomissement, et il y avait un peu de liquide dans la cavité abdominale.

La malade est opérée depuis trois jours seulement : elle allait bien ce matin, après des débâcles hier toute la journée, maïs le pouls est rapide et petit et je ne considère pas la guérison comme assurée, d'autant plus qu'au cours de l'opération j'avais dû faire un surjet sur le cæcum, dont les tuniques séreuses et musculaires avaient éclaté sur une longueur de 7 à 8 centimètres.

M. Quénu. — Il y a quatre ans je me rappelle avoir opéré une femme qui, peut-être à la suite d'une appendicite, présentait des lésions anciennes du petit bassin. Vers le septième jour elle fut prise d'accidents d'occlusion intestinale, pour lesquels je fis une bouche cœcale. Les suites paraissaient favorables lorsque, onze jours plus tard, éclatèrent des accidents menaçants. La laparotomie, faite le lendemain, nous conduisit sur une torsion du mésentère formant corde sur le côlon transverse et l'intestin grêle. La morale qui se dégage de ce fait, c'est que, même dans un cas d'occlusion lente, il faut opérer de bonne heure.

M. Pierre Delbet. — J'ai observé aussi, il y a six ou sept ans, un cas de volvulus du gros intestin sur une fillette d'une dizaine d'années; mais celui-là portait sur l'S iliaque. Il s'est terminé malheureusement. Je n'ai été appelé qu'au bout de cinq jours et

demi. L'opération a été des plus simples. J'ai pu détordre très facilement le volvulus, et le résultat mécanique a été immédiat, car avant même d'être réveillée, la fillette rendait en abondance des matières fécales liquides par l'anus. Mais elle était épuisée par ces longs jours d'occlusion et elle s'est éteinte rapidement.

Si j'ai rappelé ce cas, c'est parce qu'il m'a permis de constater l'exactitude des faits avancés par von Wahl et Obalinski. Toute la portion d'intestin, grêle et gros, située au-dessus de l'obstacle, était absolument flasque. Seule l'anse étranglée, c'est-à-dire l'S iliaque, était distendue, mais elle l'était prodigieusement. Elle avait un diamètre de 12 à 15 centimètres et le météorisme, qui était considérable, lui était dû tout entier.

Plus intéressants, plus curieux sont les cas de la torsion de la totalité de l'intestin. Celui que vient de nous rapporter mon ami Broca présente ceci de particulier, qu'une partie du gros intestin avait été entraînée dans le mouvement giratoire. Dans les cas que j'ai étudiés, l'intestin grêle était seul tordu et je ne connais pas de fait où, comme dans celui dont il vient d'être question, la torsion ait porté en même temps sur tout l'intestin grêle et la moitié du gros.

Je voudrais poser une question à mon ami Broca : M. Frölich a-t-il noté dans son observation s'il y avait de l'ascite?

M. Broca. — Je ne l'ai pas dit dans le rapport oral, fait *ex abrupto*. Mais je me souviens que le cas de M. Frölich confirme la symptomatologie établie il y a quelques années par Delbet.

M. Pierre Delbet. — Je suis heureux de le constater, car c'est l'un des trois signes que j'ai donnés comme pouvant conduire au diagnostic de cette variété d'étranglement. *Absence de vomissements fécaloïdes, météorisme énorme, ascite précoce* : telle est la triade symptomatique qui peut permettre, je ne dis pas d'affirmer, mais de soupçonner le diagnostic. Et c'est déjà beaucoup de le soupçonner.

En effet, dans cette variété d'étranglement, le seul salut est la détorsion de l'intestin tordu. L'anus contre nature, où qu'on le place, est fatalement impuissant. Car et c'est là ce qu'il faut bien comprendre, il y a dans ces cas deux étranglements, l'un qui porte sur la première anse du jéjunum, l'autre qui porte habituellement sur la dernière anse de l'iléon, l'anse cæcale, exceptionnellement, comme dans le cas de Frölich, sur le côlon. Donc si on fait l'anus contre nature sur l'intestin grêle, cet anus siège entre deux étranglements; si on le fait sur le gros intestin, il est au-dessous des deux étranglements. Pour qu'il puisse rétablir le cours des

matières, il faudrait qu'il fût placé sur le duodénum, ce qui serait absurde.

Je le répète donc, il n'y a de salut que dans l'éviscération totale suivie de la détorsion.

M. Lucas-Championnière. — J'ai observé un cas d'obstruction intestinale, qui se rapproche de l'observation de M. Guinard.

Dans mon cas, j'ai trouvé une grosse masse, formée par le gros intestin qui entourait le petit intestin.

Il faut ouvrir largement l'abdomen, et mettre tout le paquet intestinal dehors. J'ai essayé de détordre l'intestin sans faire cette éviscération, sans pouvoir y réussir.

Dans mon cas aussi, il existait de l'ascite en très petite quantité. Le sujet avait vingt-huit ans et il a parfaitement guéri.

Au point de vue clinique, il ne différait pas des cas ordinaires.

M. Tuffier. — Je demanderai à M. Broca si l'on a noté ce qu'était devenu le grand épiploon dans les cas qu'il vient de rapporter.

M. Broca. — Non.

M. Tuffier. — Si je pose cette question, c'est que j'ai vu un cas d'occlusion intestinale par *torsion du grand épiploon*. Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, que j'ai opéré au mois de mars avec mon ancien collègue le Dr Le Roy. Cet homme, gros et gras, albuminurique depuis trois ans, avait une hernie inguinale gauche bien maintenue par un bandage; lorsque je le vis, il présentait depuis vingt-quatre heures tous les signes d'une occlusion intestinale, et une tumeur siégeant à la partie interne de la fosse iliaque gauche, tumeur allongée, verticale, mate à la percussion superficielle, sonore à la percussion profonde. La laparotomie s'imposait.

Sur la demande de son médecin, et étant donnée son albuminurie, je lui fis la rachi-cocaïnisation; j'incisai l'abdomen dans la région iliaque gauche, je trouvai une légère ascite et une tumeur du volume de l'avant-bras, absolument noire, adhérente à l'intestin distendu. La libération des adhérences me fit constater une torsion à double tour de spire de l'épiploon à sa naissance au-dessous de l'estomac, et sa fixation en bas au niveau de l'anneau inguinal. Je réséquai toute cette masse gangrenée. Mon malade n'eut, ni pendant, ni après l'opération, aucun incident, et sa guérison fut rapide et complète. Je ne connais pas d'autre exemple de torsion complète de l'épiploon, torsion ayant amené un sphacèle.

M. Schwartz. — Nous avons eu l'occasion d'observer l'année dernière un cas d'étranglement par torsion totale du mésentère. Les faits sont rares et c'est à ce titre que nous désirons vous communiquer cette observation qui fait pendant à la première de Frölich.

Il s'agissait d'un homme de soixante et un ans, le nommé B..., qui entra dans notre service à l'hôpital Cochin le 16 novembre 1900. Cet homme, journalier de sa profession, a été pris il y a quarante-huit heures de coliques très violentes, avec ballonnement progressif du ventre. On l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite. Un examen minutieux nous permet de constater les faits suivants :

L'abdomen est distendu, à peu près uniformément mais modérément, sans saillie d'anses intestinales. La palpation nous montre un ventre douloureux partout, mais il n'y a pas de point de Mac Burney; la percussion donne de la sonorité partout, sans matité appréciable. Le malade n'a pas vomi, n'a pas eu de hoquet. Il a été à la selle et depuis qu'il est entré, il a eu deux selles liquides et contenant un peu de sang.

La température est à 36 degrés sous l'aisselle; le pouls est petit, filiforme et très fréquent. L'état général est très mauvais. Le malade est un ancien paludique. L'état général est tellement atteint que nous reculons devant une intervention et il succombe dans les vingt-quatre heures.

L'autopsie nous a révélé les faits suivants :

A l'ouverture du ventre, on est frappé de voir l'intestin grêle distendu et rouge avec un léger degré d'ascite.

Le gros intestin est relativement aplati et vide, si ce n'est le cæcum qui est légèrement distendu par des gaz.

La dernière anse de l'intestin grêle partant du cæcum disparaît sous une bride et n'est pas gonflée comme les autres; il en est de même de l'anse jéjunale qui passe sous une corde épaisse, tendue, manifestement formée par le mésentère tordu comme le cordon d'un placenta. La torsion s'est opérée dans le sens inverse à celui des aiguilles d'une montre. Il suffit, pour tout remettre en place, de saisir en masse le paquet intestinal grêle et de le retourner en lui faisant faire un tour complet. Le mésentère présentait une longueur démesurée, expliquant bien la possibilité de cette torsion totale.

Il s'agissait donc manifestement de cette variété rare d'étranglement. Le malade n'avait eu aucun vomissement; il avait émis des selles par l'anus; il y avait très peu d'ascite. Les symptômes dominants, c'étaient, chez lui, des coliques atroces, vraies coliques de miserere, une discordance du pouls et de la température.

Quand on a vu la lésion, l'on comprend que la seule manière de faire soit l'éviscération totale, puis la réduction par renversement.

M. Routier. — J'ai précisément fait le rapport sur le cas princeps de torsion de la masse intestinale présenté par Delbet; nous n'avons pas à ce moment trouvé la raison de ces torsions. Je ne l'ai pas trouvée davantage lorsque j'ai présenté plus tard un cas de torsion de la seconde moitié du gros intestin ; j'avais insisté sur la longueur du méso, sur les crises antérieures de pseudo-occlusion que j'avais pu retrouver en étudiant les antécédents de ma malade.

J'avais insisté aussi sur l'énorme distension de l'intestin, sur le météorisme qui atteint surtout l'anus tordu, et sur l'inutilité d'un anus contre nature qui serait tout naturellement placé sur cette anse.

En un mot, ceci revient à dire que dans tous les cas d'occlusion, quand on n'a pas un diagnostic ferme, ce qui est, hélas! le cas le plus fréquent, il faut faire la laparotomie, compléter le diagnostic et agir en conséquence. J'ai été surpris de voir que quelques-uns de mes collègues ne sont pas encore fidèles à cette manière de faire qui me semble la seule rationnelle.

M. Broca. — Je suis assez embarrassé pour répondre à la discussion qui vient d'avoir lieu, car elle me paraît avoir porté, en majeure partie, sur des points dont il n'était pas question dans mon rapport. Ainsi, mon ami Routier vient de terminer par un joli couplet de bravoure en faveur de la laparotomie franche et rapide, pour proscrire, au contraire, les purgatifs et autres lavements électriques. C'est tout à fait mon opinion, et je me souviens que, pour l'avoir soutenue à propos d'un rapport sur une observation de Legueu, je m'étais vu considérer un peu comme agité par quelques-uns de nos collègues; mais je puis assurer à Routier que mon radicalisme sur ce point n'a pas changé. En ajoutant, toutefois, qu'à cet égard même le plus radical ne fait pas toujours ce qu'il veut. Et je dirai à M. Schwartz que plus l'état général est mauvais, moins il faut perdre de temps. Du fait de M. Tuffier, je ne dirai rien, car il n'a rien à voir ici. Nous avons tous vu de ces torsions épiploïques suivies de gangrène au niveau d'une hernie, et elles sont tout à fait différentes, à tous égards, des volvulus intestinaux, les seuls dont j'aie voulu vous entretenir. Avec le volvulus dont nous a parlé M. Guinard, nous entrons dans le débat. Je signale l'intérêt de ce fait, car le siège d'une torsion sur le côlon transverse est assez exceptionnel.

Ce qui est vraiment important dans les deux cas de M. Frölich,

c'est celui qui est relatif à une torsion de tout le mésentère ; et même, comme l'a fait remarquer M. Delbet, ce cas est le seul, jusqu'à présent, où le gros intestin ait participé au mouvement. Ce cas encore est le seul, si ce que je pense du rétrécissement préalable est exact, où l'on ait une notion possible sur le mécanisme de la torsion ; car signaler, avec Schwartz, dans son intéressante observation, et d'ailleurs avec tous ceux qui se sont occupés de la question, la laxité du mésentère, c'est montrer une disposition anatomique qui permet le déplacement, ce n'est pas élucider la cause déterminante de ce déplacement. Or, là est le vrai intérêt de la pathogénie.

Dans le cas de Frölich, la symptomatologie un peu spéciale esquissée par Delbet a été vérifiée et, en particulier, il y avait de l'ascite. Et je ferai remarquer à M. Championnière que l'absence d'ascite dans son cas est naturelle, car il ne s'agissait pas — le mécanisme précis restant d'ailleurs assez peu net — d'une torsion du mésentère, et c'est à ces faits seulement que répond, sans qu'on en connaisse le motif, l'ascite précoce, bien différente des épanchements rares et tardifs, qui dans les occlusions ordinaires sont l'indice d'une infection péritonéale au début.

A propos du deuxième cas de M. Frölich, nous avons un peu tous parlé du signe de von Wahl. Ici, il faut distinguer le fait anatomique du fait clinique. Delbet nous a dit qu'il y a longtemps déjà, il a été frappé, dans les volvulus, de ce météorisme limité à l'anse tordue, météorisme énorme et tel que l'anus artificiel porte fatalement sur cette anse, et non au-dessus de l'obstacle. Il y a près de vingt ans que Hartmann a publié un fait anatomique de ce genre et en a tiré cette conclusion.

L'intérêt de la publication de von Wahl est de nous avoir montré que parfois à cet état anatomique correspond une symptomatologie spéciale, permettant de diagnostiquer à l'avance qu'il s'agit d'un volvulus, et le fait de M. Frölich nous prouve que ce signe peut, en effet, permettre un diagnostic exact.

Présentation de malade.

Réduction directe d'une fracture récente du fémur, irréductible par interposition musculaire.

M. A. Mignon. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade dont l'observation peut être versée au dossier du traitement des

fractures récentes et fermées par la fixation directe des fragments à ciel ouvert.

Le sujet est un homme de vingt-deux ans, petit, maigre, mais bien constitué, qui tomba à terre du deuxième étage d'une caserne, dans la soirée du 27 novembre 1900.

Il fut amené dans mon service, presque agonisant, et la figure déformée par un énorme épanchement sanguin. Il respirait à peine, n'avait plus de pouls, ne parlait pas et était d'une insensibilité générale complète.

Sa dépression cérébrale a duré deux mois, avec des attaques de catalepsie chaque fois qu'on lui remuait la tête ou un membre.

En sus de contusions multiples, j'ai constaté, au premier examen du blessé, une fracture ouverte du maxillaire inférieur, une fracture de la rotule gauche avec une hémathrose considérable et une fracture du fémur gauche au tiers inférieur.

La fracture du maxillaire était verticale et passait entre les incisives médiane et latérale droites. Le fragment gauche était porté en haut et en dedans du fragment droit et le chevauchement était d'un centimètre. Le foyer de la fracture communiquait avec la bouche par une déchirure gingivale et avec l'extérieur par une large plaie sous-mentonnière.

Je me réserve de vous entretenir ultérieurement des moyens de traitement appliqués à la consolidation de cette fracture. Vous pouvez en constater l'excellent résultat : la régularité de la courbe de l'arcade dentaire est parfaite et sa correspondance avec les dents supérieures est aussi exacte que s'il n'y avait pas eu de traumatisme.

Du côté du membre inférieur gauche, la déformation était considérable. C'était un véritable membre de polichinelle auquel on aurait pu donner la position qu'on aurait voulu.

J'ai commencé par pratiquer une ponction du genou et j'ai retiré 200 grammes de sang à peu près pur. J'ai reconnu à ce moment que la fracture de la rotule siégeait au tiers inférieur de l'os et qu'il n'y avait qu'un très faible écartement ne nécessitant pas d'intervention directe.

La fracture du fémur siégeait à 15 centimètres au-dessus de l'interligne fémoro-tibial. Le fragment supérieur pointait en dedans et en avant; le fragment inférieur était en arrière et en dehors. Mon collègue M. Loison, qui voulut bien faire la radiographie de la fracture au lit du blessé, me remit une épreuve radiographique qui montrait que la fracture était en rave et qu'à l'écart des deux fragments s'ajoutait un chevauchement de 3 centimètres.

J'appliquai immédiatement l'appareil de M. Hennequin.

Trois jours après, dans un examen complémentaire, je constate

que les tractions continues n'ont produit jusque-là aucun résultat, malgré la résolution musculaire du blessé. La divergence des fragments est restée la même, et j'ai beau mobiliser la fracture, je n'obtiens pas de crépitation osseuse.

Il me semble, dans ces conditions, qu'il doit y avoir une interposition musculaire entre les fragments.

Je laisse le blessé sortir un peu de sa torpeur; et le dixième jour je me décide à tenter la réduction directe de la fracture et au besoin la suture des fragments, pour éviter la complication d'une pseudarthrose.

Je fis une incision longitudinale de 20 centimètres sur la face externe de la cuisse, au niveau de la cloison aponévrotique externe, et j'arrivai dans le foyer de la fracture en passant entre le vaste externe et le muscle biceps.

Le diagnostic clinique s'est trouvé vérifié. Il existait une véritable boule musculaire entre les deux fragments; et malgré l'anesthésie complète, je pus constater une fois de plus que l'extension et la contre-extension les plus puissantes sont sans effet sur le déplacement des fragments.

Je refoulai le corps musculaire et j'amenai le fragment supérieur du fémur au contact du fragment inférieur à l'aide du crochet d'un écarteur passé au-dessus et en dedans de l'os et attiré fortement en dehors. La coaptation s'est faite facilement en raison du trait transversal de la fracture.

Je me demandai un instant si je ne devais pas m'en tenir là; mais, par mesure de précaution, je passai un point de suture de fil d'argent dans la paroi externe du fémur.

Je réunis au catgut les fibres musculaires péri-fémorales pour corriger la dénudation de l'os consécutive aux manœuvres de traction, et je fis deux autres plans de suture, aponévrotique et cutané.

Je plaçai sur la face antérieure du membre inférieur une longue attelle plâtrée, allant du pied à la hanche, pour maintenir une immobilisation complète et laisser en même temps un libre accès sur le foyer opératoire dont l'asepsie aurait pu être compromise par l'infection générale du blessé résultant de la suppuration buccale.

Tout s'est bien passé, et j'ai pu enlever l'appareil plâtré trois mois après l'accident. Le cal de la cuisse était encore un peu douloureux et la raideur du genou presque complète.

Avec le temps, le massage et l'électricité, l'état du membre inférieur s'est amélioré et voici comment se trouve le blessé aujourd'hui :

Il n'éprouve aucune douleur. Il marche toute la journée sans fatigue et sans boiterie.

Le raccourcissement du membre inférieur est d'un centimètre, et l'atrophie musculaire de la cuisse de deux centimètres.

Le cal fémoral est épais.

La rotule est élargie.

Il n'y a pas de liquide dans l'articulation.

La flexion du genou est de 65 degrés.

Les mouvements de la hanche ont leur amplitude normale.

On voit sur les radiographies que les deux fragments de la fracture ne sont pas restés exactement affrontés. Il s'est produit un petit déplacement en avant du fragment supérieur, qui ne prend contact qu'avec la moitié de la surface du fragment inférieur. Le fil à suture osseuse, primitivement parallèle à l'axe longitudinal du fémur, apparaît maintenant presque perpendiculaire à cet axe.

Présentations de pièces.

Abcès péri-appendiculaire contenant un calcul au centre duquel se trouve un morceau de fil de lin.

M. Guinard. — Je présente à la Société de Chirurgie un calcul que j'ai trouvé libre dans un abcès péri-appendiculaire. Une jeune fille de quinze ans, entrée le 6 mai dans mon service de la Maison Dubois, avait depuis huit jours des signes manifestes d'appendicite à forme subaiguë. Le 13 mai je me décidai à intervenir pour évacuer un abcès volumineux qui s'était développé sous mes yeux. L'incision faite au centre du gâteau, il s'écoula un grand verre de pus épais, infect, contenant des débris de l'appendice sphacélé. Dans ce pus je recueillis un calcul de la forme et du volume d'un noyau de datte. En écrasant ce calcul, et en l'examinant avec soin, j'ai mis à découvert un morceau de fil de couturière de deux centimètres de long.

Voici le troisième corps étranger vrai de l'appendice que je vous présente depuis quelques mois. Il me semble vraiment que si on cherchait avec soin dans les calculs appendiculaires on trouverait très souvent de petits corps étrangers vrais qui ont servi de centre de cristallisation pour la formation des calculs. Ici, ce bout de fil a fait absolument le même office que le fil de chanvre ou de lin qu'on met dans le sirop pour fabriquer le sucre candi.

La malade nous dit maintenant qu'elle a l'habitude d'avaler des morceaux de fil de lin : elle apprend la couture et a constamment du fil dans la bouche.

Gastropexie en un temps pour cancer de l'œsophage, par le procédé ordinaire; continence absolue de la bouche stomacale,

M. Monod. — Je tiens à mettre sous vos yeux un nouvel exemple de l'excellence du procédé ordinaire qu'avec plusieurs d'entre vous je défends pour la gastropexie : fixation de la paroi de l'estomac à la paroi abdominale, ouverture au ténotome de la partie fixée sans autre artifice opératoire, pas de sonde à demeure, cathétérismes quotidiens pour l'alimentation.

Chez ce malade (âgé de cinquante-six ans) jamais une goutte du contenu stomacal ne s'est écoulée par la fistule et l'orifice punctiforme n'a jamais été le siège d'aucune ulcération.

Opéré le 18 février dernier, il vient de succomber à une affection pulmonaire intercurrente.

Je vous montre la pièce recueillie : à l'extérieur, orifice très petit, admettant cependant facilement une petite sonde de Nélaton, par laquelle se faisait l'alimentation; tout autour la peau est saine. Du côté de l'estomac, l'ouverture est pour ainsi dire invisible; il faut pour la déceler introduire dans la fistule un stylet qui par un trajet oblique vient saillir dans la cavité stomacale. On ne s'étonne pas en constatant cette disposition que la continence fût absolue.

Je dois ajouter qu'à la suite de l'opération, le malade ayant, comme cela arrive souvent, recouvré la possibilité de faire pénétrer quelques aliments par les voies naturelles, le cathétérisme fut pendant quelque temps négligé. Un mois plus tard, l'obstruction étant redevenue complète, je dus rouvrir la bouche stomacale, il me suffit pour cela d'un stylet poussé dans la direction du trajet précédemment créé, stylet immédiatement remplacé par une fine tige de laminaire. La dilatation fut poussée jusqu'à facile introduction de la sonde rouge.

M. Bazy. — J'ai opéré par ce procédé deux malades, dont l'un *in extremis*. Immédiatement après l'opération, j'ai passé une petite sonde au moyen de laquelle le malade a continué à se nourrir. L'un et l'autre ne mettent la sonde que pour s'alimenter. La bouche stomacale est continente.

Épithélioma limité à la muqueuse utérine. Hystérectomie abdominale totale.

M. MONOD. — La seconde pièce que je soumets à votre examen est un utérus cancéreux dans lequel la lésion est exactement limitée à la muqueuse utérine.

Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, qui me fut adressée il y a quelques jours par mon ancien élève et ami, le Dr Godinat (de Châteauroux), pour des pertes qu'il soupçonnait d'origine néoplasique.

Je pus constater en effet que si le col était absolument sain, il laissait transparaître entre ses lèvres un produit végétant, de mauvais aspect. J'en recueillis un fragment avec une curette. L'examen, immédiatement fait par mon fils René Monod, interne des hôpitaux, confirma nos craintes; il s'agissait bien d'un épithélioma.

Je ne suis pas partisan en principe de l'hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus. Jamais cependant cette opération ne me parut plus indiquée que dans le cas présent : intégrité absolue du col, et en apparence du corps, l'utérus étant peu volumineux et très mobile; culs-de-sac vaginaux absolument souples; aucune tuméfaction appréciable dans les annexes. En enlevant en bloc par l'abdomen tout l'utérus, évitant ainsi sa division, inévitable dans l'hystérectomie vaginale, j'avais chance d'éviter toute infection locale et de pouvoir en outre m'assurer *de visu* de l'intégrité des tissus péri-utérins.

C'est le 12 mai dernier que j'ai procédé à cette opération. J'avais eu au préalable la précaution de tamponner avec de la gaze iodoformée l'ouverture du col. L'ablation de l'utérus entier s'est effectuée sans incident. La malade, absolument apyrétique, est en voie de guérison.

J'ai tenu à vous présenter la pièce fraîche. Vous voyez d'une part la lésion exactement limitée à la muqueuse, et les parois utérines sur la tranche saine d'aspect, ainsi que le col lui-même.

Les annexes, trompes, ovaires et ligaments larges, sont souples et paraissent n'être le siège d'aucune lésion.

La malade étant de la ville, je pourrai certainement avoir de ses nouvelles, et je ne manquerai pas de vous tenir au courant de ce qui pourra se produire dans l'avenir.

Présentations d'appareils.

Présentation d'un appareil pour enfant atteint de paralysie infantile ou contracture paralytique du membre inférieur.

M. Brun. — L'appareil que je vous présente au nom de mon élève, le Dr Ducroquet, est fait sur le modèle des appareils de Hessing; mais les différents segments unissant le membre inférieur, au lieu d'être en cuir, sont en celluloïd, ce qui allège considérablement le poids de l'appareil, fait très important puisqu'il doit être porté par un membre déjà très affaibli.

L'appareil se compose de quatre segments en celluloïd embrassant le bassin, la cuisse, la jambe et le pied. Ces différents segments sont réunis entre eux par des attelles pouvant glisser les unes sur les autres et permettre, par suite, d'allonger l'appareil lorsque l'enfant grandit. L'articulation de la hanche est un peu spéciale; elle permet l'abduction de la cuisse au moyen d'une articulation en charnière et les mouvements de flexion et d'extension.

Mais ces mouvements de flexion peuvent être limités à un degré quelconque. Dans le cas de contraction paralytique de la hanche, cette articulation permet d'obtenir le redressement progressif de la cuisse sur le bassin.

La partie la plus intéressante de cet appareil consiste dans la prothèse musculaire.

Prenons le cas le plus fréquent où il existe de la paralysie des fléchisseurs du pied sur la jambe, des extenseurs de la jambe et des fessiers.

Pour remédier à la paralysie des fléchisseurs du pied et obvier à l'équinisme, il existe deux muscles artificiels formés de bandes de caoutchouc fixées de chaque côté, et cela d'une façon fixe, à l'extrémité antérieure et supérieure du segment de celluloïd enveloppant le pied, et, d'autre part, à la partie moyenne des attelles entourant littéralement la partie jambière. Cette dernière attache est mobile et cela permet de tendre plus ou moins fortement ces muscles.

Pour obvier à la paralysie des extenseurs de la jambe, une lame d'acier formant ressort est placée au devant de l'articulation du genou et les extrémités sont fixées de chaque côté de cette articulation; cette lame forme une demi-circonférence, une demi-bague surplombant la partie antérieure du genou; au milieu de cette demi-bague, c'est-à-dire juste en regard de la rotule, se trouve

un bouton de cuivre ; sur ce bouton sont fixés, en leur milieu, deux muscles artificiels, dont l'une des extrémités va s'attacher vers le milieu des attelles jambières d'un côté, et l'autre vers la partie supérieure du cuissard, mais du côté opposé. Pendant la flexion de la jambe, ces muscles sont tendus plus ou moins fortement et, lorsque la flexion est achevée, il ramène la jambe en extension.

Pour obvier enfin à l'action des extenseurs de la cuisse sur le bassin, un muscle puissant prenant une insertion fixe à la partie inférieure et postérieure du cuissard va s'attacher, d'autre part, à la partie postérieure du segment de celluloïd entourant le bassin.

Présentation d'un appareil fixateur du bassin permettant la mobilisation des ankyloses de la hanche.

M. Brun. — Je vous présente, au nom de mon élève le Dr Ducroquet, un appareil permettant d'immobiliser le bassin d'une façon à peu près mathématique. Il nous a été utile pour opérer la mobilisation des enfants atteints de luxation congénitale qui présentaient après traitement une forte rétraction de leur capsule articulaire. Il peut être encore très avantageusement employé pour le redressement des attitudes vicieuses de la coxalgie. Cet appareil fixe le bassin latéralement et appuie sur l'épine iliaque antéro-supérieure; il permet, par suite, le redressement d'une cuisse en flexion. Une pelote presse en outre sur le pubis et permet ainsi de fléchir la cuisse sans entraîner le bassin. Comme vous pouvez le voir, ce point de pression est très important lorsqu'il s'agit de mobiliser la hanche.

Élection.

POUR UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE

Votants : 29

MM. LEGUEU	23	voix.
SEBILEAU	2	—
FAURE	1	—
Bulletins blancs	3	—

M. le Dr Legueu est proclamé membre titulaire de la Société de Chirurgie.

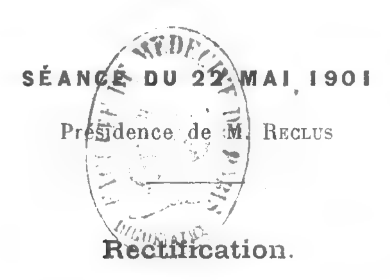
Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 MAI 1901

Présidence de M. Reclus



Rectification.

ADDENDUM A LA NOTE PRÉSENTÉE (SÉANCE DU 15 MAI) PAR M. QUÉNU

Sur l'occlusion, etc., page 545.

M. Quénu. — Les observations d'occlusion intestinale par torsion du mésentère sont rares ; cette rareté m'engage à vous parler, à propos du rapport de M. Broca, d'un fait de torsion du mésentère observé chez une opérée de salpingite. Il s'agissait d'une jeune femme d'une trentaine d'années qui me fut adressée, il y a trois ans, par le Dr des Rureaux, avec tous les signes d'une salpingite ancienne, adhérente, et immobilisant entièrement l'utérus. Les accidents de pelvi-péritonite remontaient à une époque assez ancienne et paraissaient dater d'une attaque violente d'appendicite survenue à l'âge de dix ans. L'opération permit de vérifier cette hypothèse que rendait encore probable l'absence de toute grossesse et de tout accident urétral chez le mari : nous trouvâmes, en effet, après avoir détaché l'épiploon et des anses grêles adhérentes, un foyer péri-cæcal ancien, avec perforation, de l'appendice et perforation du cæcum, bouchées par des adhérences. L'opération consista dans l'ablation des trompes, de l'utérus et de l'appendice et dans la réfection du péritoine, et dura un peu plus de deux heures.

Les suites furent simples, aucune élévation de température, pouls normal, et la malade rendit quelques gaz le surlendemain ; mais le quatrième jour, des signes d'occlusion incomplète se manifestèrent. Comme il s'agissait d'une constipée habituelle, je crus d'abord à de la paralysie par atonie d'un gros intestin altéré et je me contentai d'un petit orifice pratiqué sur le cæcum. Et, de fait, les accidents disparurent, et le quinzième jour la malade allait assez bien pour s'asseoir sur son lit, faire sa correspondance et manger de tout. Nous avions, cependant, assez de difficulté pour obtenir une garde-robe. Dans la nuit du seizième au dix-

septième jour survinrent brusquement des vomissements; on crut à une indigestion ; le lendemain j'intervins par une laparotomie et constatai une torsion du mésentère formant une sorte de corde qui barrait, pour ainsi dire, d'une part le côlon transverse, d'autre part une anse grêle ; le contraste entre le volume de l'intestin, à gauche et à droite de la corde mésentérique, démontrait le mécanisme de l'occlusion qui, incomplète, d'abord, s'était brusquement complétée quand la distension de l'intestin et son atonie l'avaient rendu impuissant à triompher de l'obstacle. J'insiste donc sur la marche insidieuse possible de ces occlusions par torsion du mésentère et sur l'utilité de recourir à une laparotomie précoce. Ma malade, opérée trop tard, succomba.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Un exemplaire tiré à part du travail que M. Cornélius Cristeanu a publié cette année, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, sur « le traitement des ruptures utérines complètes par hystérectomie abdominale totale ».

A propos de la correspondance.

M. Tuffier dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Kallionzis (d'Athènes) sur *neuf cas de chirurgie abdominale par le procédé Tuffier, de l'analgésie cocaïnique par voie rachidienne.* Ce travail est renvoyé à une Commission : rapporteur, M. Tuffier.

M. le Président invite M. Legueu, récemment élu membre titulaire, à prendre place parmi ses collègues et à signer la feuille de présence.

M. le Président annonce la présence de M. Cauchois (de Rouen), de M. Folet (de Lille) et de M. Demons (de Bordeaux), membres correspondants.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la résection diaphysaire dans les fractures par coup de feu des membres.

M. Picqué. — Je suis très heureux que mon rapport sur un cas de résection diaphysaire ait amené nos collègues de l'armée, MM. Chauvel, Delorme, Nimier et Loison, à formuler à la tribune de notre Société, leur opinion sur le traitement des fractures diaphysaires par coup de feu.

Cette opinion était importante à connaître en raison de la situation de nos collègues dans le haut enseignement de la médecine militaire et de la pratique que quelques-uns ont acquis au cours de nos expéditions coloniales.

Elle est d'ailleurs conforme, d'une façon générale, au courant d'idées qui s'est fait jour en faveur de la chirurgie conservatrice depuis les beaux résultats obtenus en 1877 dans la guerre turco-russe.

Le traitement des fractures diaphysaires par coup de feu me préoccupe vivement depuis plusieurs années.

J'ai étudié la question au point de vue de la chirurgie d'armée, et depuis longtemps j'ai suivi dans ce but les manœuvres du service de santé qui m'ont permis d'apprécier les conditions multiples de cette chirurgie spéciale. J'ai lu avec soin les travaux que publient en si grand nombre les chirurgiens militaires sur tout ce qui touche à l'intervention sur les champs de bataille.

J'ai naturellement étudié cette question dans tous les services des hôpitaux où j'ai passé et c'est le résultat de mes réflexions et de mon expérience que je désire vous soumettre.

Un premier point sur lequel tous nos collègues militaires sont d'accord est le suivant : pas de résection diaphysaire typique. J'accepte volontiers cette formule, au moins, dans l'immense majorité des cas.

Les chirurgiens militaires y sont arrivés par l'expérience des grandes guerres continentales qui ont ensanglanté le siècle dernier.

Successivement on avait pratiqué les grandes amputations avec des résultats défavorables. Les résections faites à une époque pré-antiseptique avaient donné des cas de mort rapide et le plus souvent des résultats fonctionnels fâcheux, peut-être parce qu'on les pratiquait trop largement.

Peu à peu, on en est arrivé à mettre en pratique la chirurgie conservatrice qui, depuis la guerre turco-russe, a successivement donné dans toutes les guerres ultérieures des résultats suffisamment encourageants pour que cette méthode soit depuis lors considérée comme la meilleure.

M. Delorme, dans un remarquable exposé qu'il a fait dans une précédente séance, nous a montré d'ailleurs sur quelles erreurs de doctrine avait été édifiée la résection diaphysaire, et a insisté devant nous sur tous les inconvénients de cette opération dans la chirurgie d'armée.

Je crois avec lui que dans les cas que Loison nous a cités, de trajets produits par les petits projectiles modernes à chemise, il est préférable de laisser en place les esquilles presque toujours adhérentes et si nécessaires à la réparation, comme nous l'a dit M. Delorme, et j'ajoute que, souvent mal armés en temps de guerre contre l'infection, il convient de ne pas augmenter les chances de contamination en ouvrant de larges espaces à l'infection.

Je crois donc en résumé, avec nos collègues, que, par la chirurgie conservatrice, la mortalité opératoire a diminué, que les résultats immédiats sont meilleurs, et que chez les malades qui guérissent, le nombre des pseudarthroses a diminué dans une proportion considérable.

Mais je leur demande de reconnaître que tous les trajets ne sont pas aussi simples que ceux dont Loison nous a parlé ; et M. Delorme (1) nous cite en effet une variété de fracture par perforation produite par une balle animée d'une très grande vitesse et tirée à très courte portée.

« Ici les fragments du projectile sont souvent subdivisés et les premières esquilles, auxquelles ils ont communiqué une partie de leur force vive, étendent et aggravent les dégâts osseux. »

Les esquilles sont en partie libérées et très ébranlées à leurs attaches périostiques.

Notre collègue admet pour ce cas la résection diaphysaire. Que devient dès lors la règle que beaucoup veulent absolue : pas de

(1) *Soc. de Chir.*, 1901, p. 449.

résection diaphysaire, tant qu'on n'aura pas pour se guider le secours de la radiographie dont l'emploi commence à se généraliser dans les armées étrangères?

Je demande encore à nos collègues s'ils ont pu suivre leurs blessés pendant de longues années au point de vue des suppurations et des nécroses tardives.

Il résulte de l'exposé qui précède que si, pour les raisons magistralement exposées par M. Delorme, il est en général préférable de ne pas recourir à la résection, il n'en est pas moins vrai que, de son aveu même, il est des cas où à la rigueur elle pourrait être tentée, avec avantage; et pour lui, la résection doit être simplement abandonnée « comme pratique générale ». Je pense encore qu'on ne saurait présenter une opinion définitive qu'après avoir suivi les blessés pendant de longues années.

Il est un deuxième point où l'accord semble ne plus exister.

MM. Chauvel, Nimier, Loison disent : pas d'esquillotomie, pansement sec.

M. Delorme, de son côté, déclare que la résection doit être remplacée par l'ablation des esquilles libres du canal de sortie, chaque fois qu'on en constate la présence.

La question est importante et mériterait d'être définitivement tranchée, car la manière dont on comprend le mode de traitement des plaies dans les formations sanitaires de l'avant doit naturellement entraîner une organisation différente, ainsi qu'une utilisation spéciale de ces formations.

Je n'ai pas une compétence suffisante pour prendre parti entre les opinions qui divisent les médecins militaires si distingués de notre Société.

Ce que je tiens à faire remarquer, c'est qu'en temps de guerre on ne peut pas et l'on ne doit pas pratiquer la chirurgie comme dans nos hôpitaux.

Devant l'ennemi, on doit adapter la chirurgie aux conditions multiples de la stratégie militaire, savoir agir autrement dans des formations sanitaires mobiles que dans les formations immobilisées, compter avec les conditions spéciales que créent la victoire ou la défaite, les ressources des localités où l'on opère, la saison et aussi l'expérience ou l'état de fatigue de ses aides.

Au résumé, la chirurgie de guerre est une chirurgie d'exception, et je ne crois pas trop m'avancer en disant que les divergences qui se produisent sur cette question, entre les chirurgiens les plus éminents de notre armée, peuvent tenir pour une part aux conditions spéciales dans lesquelles ils se sont personnellement trouvés.

Quoi qu'il en soit, je ne saurais admettre, comme chirurgien d'hôpital, que l'abstention systématique dans les fractures diaphysaires soit une méthode thérapeutique à préconiser.

Je concède bien volontiers, avec nos collègues Nélaton et Lejars, Delorme, Nimier, Loison, que la résection diaphysaire typique soit, dans nos hôpitaux et à l'armée, une méthode à rejeter ou tout au moins à n'employer qu'à titre exceptionnel, mais par contre l'inspection de tout foyer de fracture suivie d'une esquillotomie économe doit constituer selon moi la méthode de choix dans les fractures par coup de feu.

M. Delorme a eu le mérite de déterminer le point où se trouvent les esquilles libres et par conséquent de faciliter nos recherches en nous montrant la région où l'on doit intervenir.

Il faudrait en vérité oublier tout ce que nous savons aujourd'hui pour émettre l'opinion que pour un chirurgien qui dispose de son temps, de son antisepsie et de ses aides, le meilleur traitement d'une fracture par coup de feu, même avec une balle aseptique, doit être la conservation. Il faudrait oublier l'état de la peau, souvent malpropre chez un grand nombre de sujets, ainsi que la possibilité de la pénétration dans le trajet de débris sales de vêtements.

Je me rappelle à cet égard l'histoire très intéressante de deux malades.

L'un deux entra dans mon service de Dubois pour un coup de feu qui avait traversé le tarse en traçant un trajet semblable à ceux que Loison nous a indiqués.

Il fut traité à son entrée par un excellent interne, qui lui appliqua les règles de la chirurgie conservatrice. Dès le deuxième jour, il présentait des symptômes locaux graves que je pus enrayer heureusement en ouvrant largement le foyer de fracture et en pratiquant l'extraction d'esquilles libres et d'un fragment de chaussette.

Récemment, en ville, je traitais d'emblée par cette méthode une plaie par coup de feu qui avait traversé de part en part l'articulation métatarso-phalangienne du premier orteil.

Le malade guérit sans incident.

C'est pour moi une conviction profonde : si, en temps de guerre, la conservation pure et simple paraît constituer un *moyen de nécessité* supérieur aux autres pour les raisons indiquées plus haut, mais qui laisse peut-être le membre exposé aux complications tardives, je reste persuadé que dans les conditions ordinaires de la pratique, la doctrine de Tavel est erronée, et que pour donner aux malades les chances d'une guérison définitive, il convient dans tous les cas d'ouvrir le foyer de fracture en suivant les règles pré-

cédemment indiquées par M. Delorme, d'en pratiquer la désinfection et de procéder à l'ablation des esquilles libres, c'est-à-dire de combiner à l'antisepsie du foyer une esquillotomie économe.

Discussion.

Sur la rachi-cocaïnisation.

M. Lejars. — Je me bornerai à résumer brièvement les réflexions qui m'ont été suggérées par ma courte expérience de la rachi-cocaïnisation; bien que j'aie commencé à employer la méthode vers le milieu de janvier, je n'ai encore à mon actif que 33 faits : c'est dire que je n'ai eu recours aux injections intra-arachnoïdiennes que dans certains cas choisis et certaines conditions déterminées.

La plupart de ces faits se rapportent à des cures radicales de hernies, d'hydrocèles ou d'hémorroïdes, ou à des interventions diverses sur le membre inférieur; il serait oiseux de faire une énumération ou d'entrer dans des détails. Je me contenterai de dire que mes observations se départagent aussi en deux catégories : chez un certain nombre de mes opérés, le résultat a été parfait: analgésie complète, absence totale d'accidents pendant ou après l'opération. On ne saurait nier que la méthode ne soit, en pareil cas, des plus séduisantes; il en a été ainsi, en particulier, chez mes premiers cocaïnisés, et l'innovation parut heureuse à mes autres malades, qui me demandaient, à leur tour, la « piqûre dans le dos ». Mais les choses ne vont pas toujours aussi simplement, et, si je n'ai pas vu d'accident inquiétant, j'ai observé, environ dans les deux tiers des cas, les vomissements ou la céphalée; les vomissements ne se sont, d'ailleurs, jamais prolongés après l'opération; la céphalée a duré parfois trois ou quatre jours, mais elle n'a jamais eu ce caractère d'intensité extrême qu'on a signalé. Quant aux ascensions thermiques, elles ont été, je ne sais pourquoi, très rares.

Tel est, en gros, le bilan de ma pratique actuelle; elle est trop restreinte pour me permettre de tirer des conclusions, mais voici à quel « état d'âme » elle m'a conduit, moi aussi.

Je continuerai à utiliser la cocaïnisation rachidienne; mais elle n'est pas et ne deviendra pas, pour moi, une méthode courante,

au moins dans sa forme actuelle, et cela pour les raisons que je vais dire.

La ponction est simple, facile, c'est bien entendu, et, pourtant, elle réserve parfois des surprises désagréables. Il m'est arrivé, comme à tout le monde, de ne pas pénétrer, et cela bien que j'aie réussi sans le moindre obstacle une heure avant; du reste, j'ai toujours répugné à multiplier les piqûres. Chez certains sujets âgés, sur certaines colonnes vertébrales ossifiées et rigides, l'espace interlamellaire devient très étroit et se dérobe beaucoup plus aisément à l'aiguille; de plus, la piqûre de la peau provoque d'ordinaire un brusque mouvement de défense, qui tend et soulève les muscles rétro-vertébraux, dévie l'instrument et ferme l'espace interlamellaire; j'ai pris l'habitude, pour ma part, de piquer la peau, puis de m'arrêter, et, la défense une fois passée, l'attitude infléchie dûment reprise, de poursuivre dans la profondeur. En réalité, la technique est simple, mais je crois qu'il faut se garder d'exagérer cette simplicité et de faire oublier qu'il s'agit toujours, en somme, d'une pénétration intra-arachnoïdienne, d'une injection péri-médullaire, que la moindre faute rendrait désastreuse.

Un autre point que je veux relever, ce sont les variations de l'analgésie avec une même dose de cocaïne. Pour moi, j'ai toujours injecté 2 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, c'est-à-dire une seringue de Pravaz de la solution à 2 p. 100. Eh! bien, avec cette dose moyenne, maniable, que je ne dépasserais pas volontiers, l'analgésie n'est pas uniforme; je l'ai vue tarder un quart d'heure, vingt minutes; je l'ai vue incomplète, les opérés souffrant peu, sans doute, mais ne présentant pas la quiétude et l'abandon nécessaires. Le fait est peu important pour une intervention courte, réglée, sans à-coup; il n'en est plus de même dans d'autres conditions. Je sais bien que l'analgésie retarde parfois beaucoup et qu'en prolongeant l'attente on finirait peut-être par l'obtenir, mais il en résulte une perte de temps fort appréciable.

Enfin, je ne reviendrai pas en détail sur les désordres fonctionnels, qui ont été longuement analysés; je vous ai dit que je n'avais pas eu, pour ma part, d'accident réellement sérieux; et pourtant, à côté des vomissements et de la céphalée, j'insisterai sur un état particulier d'angoisse accompagnée de sueurs profuses et d'une pâleur extrême de la face, que j'ai vu revêtir, chez deux malades, un caractère un peu inquiétant et se prolonger durant toute l'opération.

Nous n'avons donc pas, là encore, l'anesthésique « de tout repos »; mais, à mon sens, si la cocaïnisation rachidienne ne se prête pas à une application généralisée, elle est susceptible de nous

rendre de bons services, dans certaines conditions, et répond très heureusement à un certain nombre d'indications. Et c'est pour cela que, pour ma part, je suis reconnaissant à mon ami M. Tuffier, sinon d'avoir ouvert la voie, au moins de nous l'avoir frayée, en y marchant le premier, parmi nous.

Au nombre de ces indications de la rachi-cocaïnisation, je signalerai celles-ci.

Elle est précieuse chez les malades que leur état pulmonaire rend spécialement vulnérables à l'anesthésie générale par l'éther et par le chloroforme; je citerai comme exemple une grosse femme, emphysémateuse et bronchitique, à qui je devais redresser une jambe mal consolidée; la moindre dose de chloroforme lui eût été fort nocive : avec 2 centigrammes de cocaïne, tout se passa le plus simplement du monde.

Certains malades ont une terreur, irraisonnée, mais qui n'en est pas moins insurmontable, de l'anesthésie générale, et cela s'observe surtout hors du milieu hospitalier, où règnent toujours une certaine discipline et je ne sais quel entraînement. Cette fois encore, la rachi-cocaïnisation nous est utile, et je fis une de mes premières injections intra-rachidiennes chez une dame que je devais opérer d'une périostite typhique de la cuisse, et qui refusait délibérément le chloroforme et l'éther.

Ajoutons encore que la méthode rachidienne simplifie ce que j'appellerai les grosses manœuvres de l'opération et du pansement, qu'elle permet de réduire le nombre des aides; à ce titre, elle devient encore précieuse, dans certains milieux et certaines situations d'urgence.

Aussi serait-il fort regrettable, à mon sens, que la rachi-cocaïnisation eût le sort de quelques autres méthodes, qui, après de bruyants débuts, sont retombées dans le silence; il faut désirer qu'on en poursuive l'étude pour l'améliorer.

Plusieurs tentatives ont déjà été faites dans ce but; j'ai assisté à l'une d'elles, et je veux dire ici, j'en ai même le devoir, ce qui s'est passé.

Il s'agit des injections épidurales, qui ont donné lieu à certaines polémiques dans ces dernières semaines. A la fin de janvier dernier, M. Cathelin, alors mon interne, me confia qu'il étudiait une technique nouvelle d'injection rachidienne, et qu'il serait bientôt en mesure d'en faire l'essai chez l'homme. Le 5 février, il m'exposa toutes les recherches qu'il avait faites dans le laboratoire de M. le professeur Ch. Richet, sur l'injection épidurale sacro-coccygienne, me montra ses protocoles d'expériences, et insista, non sans chaleur, sur toute la portée de cette méthode et sur les nombreuses applications qu'elle pourrait recevoir. Il fut

entendu que nous chercherions à l'utiliser pour la cocaïnisation, en procédant par doses croissantes et d'abord faibles : sur trois malades, des injections de 4, 6, 8 centigrammes de cocaïne furent pratiquées par M. Cathelin dans l'espace sacro-coccygien; avec 8 centigrammes, il y eut une légère analgésie, mais trop minime pour suffire à une intervention. Je conseillai à M. Cathelin de poursuivre ses recherches expérimentales, et de ne pas se hâter de conclure et de publier : peut-être eus-je tort? Quoi qu'il en soit, voilà la vérité.

D'autres essais ne manqueront pas; s'ils réussissent, la rachi-cocaïnisation pourra trouver des indications plus étendues. Pour ma part, je me bornerai, jusqu'à ce moment, à celles que j'énumérais tout à l'heure, et, quoi qu'il arrive, j'estime qu'aucune méthode analgésique ne nous fera oublier le suprême bienfait du sommeil anesthésique.

M. Poirier. — Ma communication sera brève. J'ai employé dans 53 cas la rachi-cocaïnisation. Je me suis servi de la cocaïne stérilisée que l'on emploie dans le service de Tuffier. Deux fois, j'ai dû renoncer, après trois ponctions d'essai, à pénétrer dans le confluent sous-arachnoïdien; dans un de ces cas, je ne pus pénétrer dans le canal; dans l'autre, ma canule pénétrait dans le canal rachidien, elle n'était point bouchée, et cependant le liquide céphalo-rachidien ne s'écoulait pas; j'ignore les causes de ces deux échecs. Dans trois cas, après une injection *normalement faite* de 2 centigrammes, j'ai attendu pendant trente minutes une anesthésie qui ne s'est pas produite. Si, dans un de ces cas, l'échec peut être attribué à ce fait que la jeune malade (douze ans) présentait tous les symptômes de la maladie de Friedreich, j'ignore absolument pourquoi, en vertu de quelle idiosyncrasie ou par suite de quelle cause locale, l'anesthésie ne s'est pas produite dans les deux autres.

Voici donc, pour des causes diverses qu'il est impossible de préciser, une proportion d'échecs qui atteint 10 p. 100.

Dans les 48 cas restant, j'ai obtenu l'anesthésie désirée pendant toute la durée des opérations. Presque toujours, les malades ont présenté, surtout au début de l'anesthésie, des symptômes assez graves d'intoxication : pâleur extrême, sueurs faciales, lividité de la face, angoisses, vomissements. Dans des cas exceptionnels, les opérés, tout en restant parfaitement insensibles, n'ont accusé aucun trouble général.

Relativement au siège et à la nature des opérations, voici les conclusions auxquelles je suis arrivé pour le moment. Sur tout le membre inférieur, l'anesthésie est complète et permet toute

espèce d'opération. Il en est de même pour les organes génitaux externes et l'anus. Plus haut, l'anesthésie risque d'être relative. Sur cinq cas de cure radicale de hernie inguinale, deux fois l'anesthésie fut incomplète, et, dans les cinq cas, je fus gêné, surtout pendant la réfection de la paroi postérieure du trajet inguinal, par les efforts de vomissement. Il en alla de même pour deux cas dans lesquels j'anesthésiai par rachi-cocaïnisation, pour l'ablation d'annexes très adhérentes ; les contractions des muscles de la paroi gênèrent notablement mes manœuvres. J'ai conclu : pour les cures radicales de hernie, pour les hémorrhoïdes haut situées, pour toutes les opérations intra-abdominales, l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther est préférable à l'anesthésie par la cocaïne.

Voyons les suites : presque tous mes opérés, à la faveur de la rachi-cocaïnisation, ont eu, le soir même, une élévation de température variant de 38°5 à 40 degrés, absolument indépendante de toute complication locale. Presque tous ont éprouvé, pendant vingt-quatre, trente-six et quelquefois quarante-huit heures, de violents maux de tête avec ou sans vomissements. J'ai interrogé mes deux surveillantes, mieux placées que moi pour l'observation des suites ; elles m'ont donné le même avis, ainsi formulé : les opérés par la cocaïne sont plus et plus longtemps malades que les opérés au chloroforme.

En résumé : je pense que l'anesthésie par rachi-cocaïnisation *peut* être employée pour toutes les opérations à pratiquer sur le membre inférieur. Cependant, je lui préfère l'anesthésie par cocaïnisation locale, s'il s'agit d'une opération légère ; l'anesthésie par chloroforme pour une opération grave, amputation ou résection. J'ai l'heureuse chance de n'avoir jamais eu un décès par chloroforme, d'une part ; d'autre part, sans entrer dans l'analyse des accidents dus à la rachi-cocaïnisation, j'ai gardé mauvaise impression des accidents d'intoxication générale observés chez deux ou trois de mes rachi-cocaïnisés. Ayant à me faire amputer pied, jambe ou cuisse, je demanderais du chloroforme.

Pour les opérations intra-abdominales, l'anesthésie par chloroforme, qui nous donne des patients calmes, souples, sans secousses, sans contractions, sur lesquels on peut étendre ou prolonger les manœuvres opératoires, suivant le besoin, l'anesthésie par chloroforme est de beaucoup préférable à l'anesthésie par rachi-cocaïnisation, qui reste, dans ces cas, un procédé d'exception, auquel le chirurgien sera heureux de recourir lorsque, pour une cause quelconque, physique ou psychique, le chloroforme ou l'éther ne pourront être employés.

M. F. Legueu. — Messieurs, je suis heureux d'arriver assez à

temps dans cette Société pour prendre part à la discussion sur la rachi-cocaïnisation. Une pratique de dix mois m'a déjà, sur ce sujet, conféré une certaine expérience, et c'est un devoir pour chacun d'apporter à la discussion courante le tribut de son expérience et l'appoint de ses observations. C'est un devoir, pour quiconque a eu recours à cette méthode, de venir s'inscrire parmi ses défenseurs ou parmi ses détracteurs.

Le nombre des anesthésies médullaires que j'ai réalisées ou que j'ai fait faire par mes internes ou mes élèves sous mon contrôle ou sous ma responsabilité s'élève aujourd'hui à 150, et, à l'aide de ces observations personnelles, je passerai en revue successivement, la technique suivie, les résultats obtenus; j'envisagerai ensuite les avantages et les indications de cette méthode.

I. *Technique.* — J'ai suivi à peu près la technique que j'ai exposée dans la *Presse médicale* (1); elle est sensiblement identique à celle de M. Tuffier. Aiguille sans mandrin, aiguille à court biseau, seringue de Luër, voilà pour l'instrument. Cocaïne en solution au 1/100 ou au 1/50, voilà pour l'anesthésique. Mes premières opérations, au nombre de 60 environ, furent faites avec une solution à 2 p. 100; mais un jour, un hasard de préparation me mit en présence d'une solution au 1/100. J'ai continué à me servir de cette dernière, je m'en sers encore actuellement à l'Hôtel-Dieu, et je n'ai d'ailleurs remarqué aucune différence en ce qui concerne l'anesthésie et les accidents qu'elle provoque. A plusieurs reprises, j'ai utilisé des solutions au 1/100 d'eucaïne; je me basais sur la moindre toxicité de cet agent, beaucoup moins nuisible que la cocaïne, ainsi que je l'avais constaté en 1897 avec mon élève Lihou (2). Mais pas plus que mes collègues, je n'ai vu de bénéfice réel à cette substitution, et l'usage de l'eucaïne ne m'a paru présenter aucun avantage incontestable ni aucune infériorité notoire.

Au début, pour 70 cas environ, j'ai utilisé la cocaïne tyndallisée; depuis, j'ai utilisé la stérilisation à l'autoclave à 118 degrés.

Je ponctionne toujours dans le troisième espace intervertébral; je reconnais la pénétration dans le canal rachidien à la sensation de résistance très spéciale que donne la perforation du ligament jaune. Il y a là un réel point de repère, très précis, que j'ai signalé avec Kendirdjy, ce qui nous permet toujours d'affirmer que nous sommes dans le bon endroit, que nous avons pénétré dans le rachis. A ce moment, l'écoulement du liquide s'effectue en bavant ou en jet; quand il ne vient pas, et quand je suis sûr d'être bien

(1) Legueu et Kendirdjy. *Presse médicale* nº 89, 27 octobre 1900.
(2) *Gaz. des hôp.*, 18 février 1897.

placé, je débouche l'aiguille en poussant avec la seringue une goutte ou deux de sérum, et je vois aussitôt le liquide venir. Depuis quelque temps, j'ai remarqué qu'il suffisait d'amorcer à l'avance l'aiguille en y faisant passer un courant liquide, pour que sa perméabilité, débarrassée de la couche d'air, permette immédiatement l'écoulement de liquide. Une fois que le liquide céphalo-rachidien s'écoule, je pousse l'injection doucement, mais lentement.

A cette ponction, je n'ai vu jusqu'alors aucun inconvénient sérieux, aucune difficulté réelle ; qu'il y ait des rachis plus difficiles à franchir que d'autres, qu'il y ait des sujets plus musclés que d'autres et dont les apophyses seront plus difficiles à préciser, cela je ne le saurais contester. J'en ai vu, sur mes 150 cas, de toutes les sortes et de toutes les variétés, puisque j'ai injecté des enfants et des vieillards. Mais si ces difficultés exposent à quelques tâtonnements inévitables, je serais bien étonné qu'elles constituent un obstacle réel à celui qui veut pénétrer. A plusieurs reprises, il m'est arrivé de piquer ou trop haut ou trop bas, de tâtonner un peu, de repiquer à nouveau dans un endroit que je jugeais meilleur, mais cela a toujours été rapide et relativement facile. Deux fois seulement, j'ai vu l'échec de la ponction ; j'échouai moi-même lors de ma première ponction, à une époque où je n'étais pas documenté comme aujourd'hui, et je dus renoncer, après plusieurs tentatives, à insister. Tout récemment, un de mes internes n'a pu, lui aussi, parvenir à obtenir un écoulement de liquide céphalo-rachidien et dut recourir au chloroforme. Ce sont les deux seuls échecs de la ponction que je connaisse, et encore ne figurent-ils pas dans la statistique des 150 cas que je vous présente.

Deux fois, j'ai dû piquer une racine nerveuse au cours de la ponction : deux fois, en effet, j'ai vu des malades éprouver une vive douleur, comme un éclair, dans la jambe droite. Je changeai l'aiguille de place, la douleur ne dura qu'un instant, ne reparut plus et ne laissa pas de traces.

Aussi, je crois pouvoir conclure que la piqûre est par elle-même *facile, peu douloureuse et sans dangers.*

Les *doses* auxquelles j'ai eu recours ont toujours été minimes; pour la grande majorité de mes opérations, je me suis contenté de 2 centigrammes. Deux fois, je suis allé à 3 centigrammes, et encore, dans un cas, ce fut un échec; c'était pour des hystérectomies vaginales. Le plus souvent, je me contente d'un centigramme ou d'un centigramme et demi, et cette dose m'a été très suffisante pour faire et mener à bien des opérations dont la durée a été de quelques minutes à une demi-heure.

II. *Résultats.* — Sur mes 150 cas, je note quatre échecs absolus,

j'entends des échecs d'anesthésie. Une fois, il s'agissait d'une appendicite sous-hépatique ; j'avais injecté 2 centigrammes ; la malade, au bout de vingt minutes, sentait si douloureusement les manœuvres de la libération de l'appendice, que je dus recourir au chloroforme.

Pour une autre appendicite, opérée à froid chez un homme de vingt ans, j'eus aussi un échec complet. Echec également complet sur un malade auquel j'incisais un abcès des adducteurs : l'opération fut très simple et si rapide que je ne fus pas obligé de recourir à l'anesthésie générale, mais j'ai pu m'assurer avant, pendant et après l'opération que la sensibilité du malade était absolument intacte ; il avait reçu un centigramme et demi. Enfin, un autre malade atteint de paraphimosis a senti exactement les manœuvres de la réduction de ce paraphimosis ; ce fait est d'autant plus curieux que ce même malade fut plus tard anesthésié à nouveau pour une autre opération, et cette fois l'anesthésie fut, chez lui, absolument parfaite avec une même dose de 1 cent. 1/2 de la cocaïne préparée de la même façon que la première fois. Ce qui est particulier chez ces malades, qui n'ont retiré de l'injection rachidienne aucun bénéfice anesthésique, c'est que, chez trois d'entre eux au moins, les vomissements apparurent pendant l'opération. Il est donc difficile de dire jusqu'à plus ample informé le pourquoi de ces échecs ; ni le siège de l'opération, ni la dose injectée ne peuvent être incriminés dans ces observations que je viens d'indiquer. La cocaïne elle-même peut être difficilement accusée, puisque la même solution, chez des malades différents, a donné des résultats divers. Et, par contre, si le sujet seul doit faire la raison de ces différences, il est au moins curieux de voir le malade n° 4, réfractaire à une première injection recevoir d'une seconde application un bénéfice absolument net.

Ces faits ne sont, en somme, que la grande exception, et, dans tous les autres cas, j'ai noté une analgésie absolument suffisante pour pouvoir exécuter les opérations les plus variées de la chirurgie de la portion sous-ombilicale du corps.

L'analgésie a été *parfaite* dans environ les deux tiers des cas : les malades n'ont rien senti et se sont livrés sur la table d'opération à ces réflexions, à ces conversations qui font toujours l'étonnement de ceux qui assistent, pour la première fois, à ces sortes d'anesthésie. L'analgésie a été *imparfaite, mais suffisante* dans un tiers des cas environ. Ici le malade avait quelques sensations douloureuses qui se manifestèrent pendant toute la durée de l'opération, sans gêner, cependant, son exécution.

L'analgésie s'étend à tous les organes : pour la vessie, entre

autres, j'ai pu m'assurer que la cocaïne donnait aussi bien que le chloroforme l'atténuation de la sensibilité douloureuse et la diminution de la tension vésicale : j'ai vérifié ce détail au cours de dix lithotrities et de plusieurs examens cystoscopiques.

L'anesthésie se produit rapidement : je l'ai trouvée toujours complète au bout des cinq ou six minutes qui sont nécessaires à la préparation du champ opératoire. Par contre, pour les opérations dont la durée dépassait une demi-heure, j'ai remarqué souvent que les malades commençaient à sentir; l'anesthésie devenait à la fin moins parfaite.

Voici maintenant les accidents ou du moins les incidents que j'ai notés *pendant* et *après* l'opération. *Pendant*, je n'ai jamais été gêné que *par les vomissements* ; ils se sont produits dans un tiers des cas, et, à plusieurs reprises, pour des opérations de tumeurs, d'appendicite, ils ont pour un temps gêné et troublé l'acte opératoire. Au moment où les vomissements vont venir, les malades sont pâles, la pupille se dilate, il y a des sueurs froides, le pouls est petit; ces incidents n'ont jamais été assez marqués ou assez intenses pour me causer à ce moment l'ombre d'une préoccupation.

J'avais pensé un moment que les malades qui venaient à la salle d'opération après avoir mangé quelque chose seraient moins exposés aux vomissements ; et pendant quelque temps, les faits ont semblé légitimer cette supposition. Mais j'ai dû reconnaître plus tard que les malades à jeun ne vomissaient pas plus que ceux qui avaient mangé.

Quoi qu'il en soit, ces vomissements, qui se sont bornés quelquefois à de simples nausées, n'ont jamais été durables ; ils ont persisté quelques minutes, après lesquelles ils disparaissaient, et l'opération pouvait se poursuivre sans difficulté.

J'ai noté encore dans une trentaine de cas le *tremblement des membres inférieurs* et le *relâchement du sphincter anal* (10 fois) avec défécation involontaire ; dans les opérations périnéales, cet incident peut être gênant.

Après l'opération, j'ai observé des incidents *communs* et des incidents *rares*. De ces derniers, quelques-uns ne sont peut-être pas entièrement imputables à la cocaïne, mais pour ne rien soustraire de ce qui vient à la charge de la méthode, je les signalerai tout de même, tout en faisant remarqner combien et comment quelques-uns ne méritent pas de figurer dans la liste des inconvénients de la cocaïne.

Les *vomissements*, la *céphalalgie*, l'*élévation* de la température ont été signalés par tous ceux qui ont utilisé ces injections : je n'y insisterai pas. Je dirai seulement que la céphalalgie a été en

nos mains le plus pénible des incidents post-opératoires : elle est très fréquente, je l'ai notée chez plus de la moitié des malades. Elle est, il est vrai, parfois très légère, ne durant que quelques heures; mais d'autres fois aussi elle fut plus intense, dura de deux à six jours et fut réellement très pénible avec martellement céphalique et douleur prédominante à l'occiput. C'est là le réel point faible de l'anesthésie cocaïnique, c'est celui qui m'a le plus préoccupé.

Les *vomissements* au contraire ont été beaucoup plus rares après l'opération : je ne les note que dans vingt cas, et, sauf dans deux cas, ils ont été passagers, de courte durée.

Enfin l'*élévation de température* devient de plus en plus rare : au début, je l'avais souvent. Je la notai douze fois sur mes cinquante-cinq premières opérations. Chose curieuse, depuis que je suis à l'Hôtel-Dieu, je n'en ai presque jamais eu : un seul malade a présenté, après une taille, 39 degrés le soir et 40 degrés le lendemain matin, et on était si peu habitué dans le service à connaître ces réactions violentes, que j'eus toutes les peines du monde à persuader à mes élèves qu'il s'agissait d'une hyperthermie cocaïnique, qu'il ne fallait pas toucher au pansement; et en effet, le soir, la température tombait spontanément à 37 degrés. Je ferai remarquer qu'autrefois j'avais recours à la cocaïne tyndallisée, que maintenant j'emploie la cocaïne stérilisée à l'autoclave : y a-t-il un rapport entre ces changements et les courbes de la température? je ne le saurais dire, je pose la question sans la résoudre.

Voici maintenant quelques incidents exceptionnels observés à de rares intervalles :

Une fois, une *parésie des membres inférieurs* persista trois jours sans laisser de traces. De même, une *rétention d'urine* dura huit jours complets chez un opéré d'hydrocèle et disparut au bout de ce temps : une autre fois, c'est une *incontinence* observée à la suite d'un curettage : l'incontinence ne dura que quelques jours.

Enfin, à la suite d'une rachi-cocaïnisation, une malade présenta des *troubles mentaux graves* : elle resta folle pendant trois semaines, mais elle avait une température de 40 degrés avant l'opération; il s'agissait d'une infection annexielle très septique; elle continua à faire de la fièvre malgré le drainage que je lui fis, et elle ne cessa de délirer que le jour où sa température tomba à la normale, c'est-à-dire au bout de trois semaines. Je ne crois pas que la cocaïne soit en cause, pour trois raisons : le délire n'a commencé qu'au bout de trois jours, il a fini avec la fièvre, enfin c'était un délire d'excitation, de satisfaction, ce n'était pas la mélancolie, la dépression qu'on dit caractéristique de l'intoxication cocaïnique.

Et en résumé, je ne vois rien dans tous ces incidents qui soit de nature à atténuer les avantages que je reconnais à la rachi-cocaïnisation.

III. *Valeur comparative.* — Le moment est venu d'apprécier à un point de vue général la valeur de la rachi-cocaïnisation et de la comparer aux autres méthodes d'anesthésie que nous utilisons. C'est le meilleur moyen de mettre en relief les avantages que nous reconnaissons à la méthode de Bier.

En ce qui concerne l'analgésie, la rachi-cocaïnisation supporte la comparaison avec toutes les autres : elle leur est égale, sinon supérieure, elle donne une analgésie parfaite, absolue, quoique limitée ou prédominante à la moitié inférieure du corps. C'est là d'ailleurs un point reconnu et admis même par nos adversaires : je n'y insiste pas.

En ce qui concerne la gravité de la rachi-cocaïnisation, il n'en va plus de même, et c'est ici que des divergences se sont élevées entre nous.

On reproche d'abord à la cocaïne quelques cas de mort : je ne veux pas revenir sur cette discussion, qui pourrait indéfiniment se prolonger. Je me bornerai seulement à remarquer qu'il n'y a pas une seule de ces morts *primitives*, *immédiates*, que le chloroforme donne de temps en temps et qui ne peuvent prêter à la discussion sur les causes déterminantes. M. Reclus pense que la mort chez les malades de Julliard, Tuffier, entre autres, est due aux influences circulatoires que la cocaïne a mises en jeu ; c'est possible, mais si l'on ajoutait à la statistique funèbre du chloroforme ces cas de morts *secondaires*, où l'accident fatal survient dans les quelques heures, les quelques jours qui suivent l'opération, croyez-vous que la mortalité du chloroforme resterait égale à 1 p. 2300 ?

On reproche encore à la cocaïne ces accidents graves, que M. Reclus montrait l'autre jour comme constituant une transition entre les meilleurs et les pires des cas. Il n'y a pas eu mort, mais il y a eu imminence de mort chez ces malades d'Anderson, de Willis Mac Donald, de Kocher, de Sorel, de Goïlav, de Reclus lui-même. Soit ; mais n'oublions pas non plus que le chloroforme, le seul anesthésique général dont je puisse parler en connaissance de cause, nous donne aussi quelquefois de ces alertes, de ces morts plus qu'imminentes, de ces morts apparentes, qui arrêtent une opération, commandent la respiration artificielle et exigent des soins énergiques et prolongés pour que la vie reparaisse. Quatre fois, depuis deux mois que je suis à l'Hôtel-Dieu, j'ai eu de ces inquiétudes dont on n'a pas parlé ici cependant, quand on opposait la gravité de la cocaïne à celle du chloroforme. Sans doute, vous me direz que ces accidents n'arrivent pas quand le

chloroforme est bien donné, qu'on les voit surtout au début de l'année, alors que les externes nouveaux n'ont pas encore la compétence qu'ils achèteront avec l'expérience de chaque jour. Je l'accorde; mais ces accidents se produisent aussi entre les mains les plus expérimentées : voyez la statistique de M. Boureau, anesthésiste au service de M. Terrier (1); sur 1.200 anesthésies, il compte « douze syncopes chloroformiques pour lesquelles il a fallu quelques minutes de respiration artificielle ». Et cependant, l'on ne peut contester que le chloroforme n'ait été ici administré avec la compétence la plus parfaite. Aussi bien, en fin de compte, si l'on reproche à la cocaïne les cas de mort qu'elle n'a pas causés, je demande que l'on mette en parallèle les alertes chloroformiques encore si communes de nos jours.

Enfin, on reproche, en troisième lieu, à la cocaïne ces accidents pénibles, quoique sans gravité, qui assez souvent assombrissent les suites de la rachi-cocaïnisation, et dont la céphalalgie forme certainement le plus sérieux contingent. Il y a en effet un état morbide que la cocaïne provoque, mais n'en est-il pas de même pour le chloroforme? Vous reprochez à la cocaïne des vomissements, de la céphalalgie, mais que dites-vous de ces vomissements chloroformiques qui durent souvent deux ou trois jours, de cette langue sèche, de ce foie congestionné, de ces urines rares et souvent albumineuses, qui toutes résultent d'une intoxication aiguë, et qui quelquefois, sous le nom de shock, tuent les malades en quelques heures? A la morbidité causée par la cocaïne, j'oppose la morbidité du chloroforme, et je ne crois pas qu'on puisse si facilement triompher avec un chloroforme souvent si pénible. Les poisons dont nous nous servons pour l'anesthésie ont tous leurs inconvénients : le chloroforme agit sur l'appareil digestif et les reins, l'éther sur les poumons, la cocaïne sur le système nerveux, mais il ne me semble pas jusqu'alors établi que la gravité de cette dernière soit supérieure à celle des autres.

A gravité égale, la cocaïne est-elle préférable à l'anesthésie générale? Est-ce un bien ou un mal pour le malade d'assister conscient à son opération. C'est à la fois l'un et l'autre. Certes, quand il s'agit d'une opération grave, qui demande des manœuvres compliquées ou laborieuses, je comprends que le malade n'éprouve aucunement le désir de surveiller ce morcellement prématuré de son individu, et que le chirurgien demande à l'anesthésie générale le voile qui masquera le traumatisme à ses regards. Mais la chirurgie ne consiste pas seulement et heureusement dans ces grandes exérèses : il est toute une catégorie d'opérations pour

(1) *Revue de chirurgie*, 10 mai 1901, n° 5, p. 665.

lesquelles le sacrifice moral à exiger est réellement bien minime. Une hernie à traiter, un varicocèle à réséquer, un calcul à broyer ne sont point des opérations si effrayantes à consentir et à subir. Souvent, ce qui fait le plus peur dans l'opération, c'est l'anesthésie, c'est le chloroforme. Et d'ailleurs, j'ai toujours trouvé qu'il était déplorable, par exemple, d'endormir un malade pour introduire un cystoscope dans une vessie. Cependant je l'ai fait souvent, parce que je n'avais pas trouvé dans l'anesthésie locale le palliatif nécessaire à l'exploration d'une vessie douloureuse, alors qu'aujourd'hui 1 centigramme de cocaïne dans la moelle me donne avec une analgésie parfaite la tranquillité que je cherchais.

C'est cette peur du chloroforme qui fait le succès hâtif de la méthode dans les services où l'on y a recours : je me souviens que l'année dernière, à Saint-Louis, les malades ne voulaient plus se laisser endormir après qu'ils avaient vu revenir calmes et tranquilles les premiers opérés de la cocaïne. C'est ce qui fait que la grande majorité des malades qui ont été opérés une fois par cette méthode préfèrent y revenir, et ceux qui ont eu l'occasion de faire la comparaison avec le chloroforme ont tous été unanimes à préférer la cocaïne.

Un de mes malades a préféré le chloroforme pour une amputation de la jambe : c'était un nerveux, un préoccupé, un pusillanime ; il avait été assez fortement éprouvé par la cocaïne, et avait conservé une céphalalgie pendant plusieurs jours. Un autre a préféré aussi ne pas voir « tomber son pied » et a voulu être endormi, alors que pour une première opération il avait été anesthésié à la cocaïne. Et je me suis conformé à son désir.

Mais, par contre, j'ai un calculeux qui a été injecté cinq fois, et viendra encore un jour me réclamer l'anesthésie médullaire. Une femme, déjà opérée trois fois pour une fistule urinaire, reste toujours fidèle à la nouvelle méthode, alors que sept fois avant elle avait été opérée au chloroforme par d'autres chirurgiens.

Enfin, une jeune fille de dix-sept ans, timorée, pusillanime au point qu'on ne pouvait lui toucher la jambe sans provoquer des cris, fut amputée de cuisse à la cocaïne. Or, elle avait été déjà endormie six fois avec le chloroforme et l'éther ; elle avait le droit de porter un jugement sur toutes les méthodes de l'anesthésie ; elle reste fidèle à la cocaïne et n'hésiterait pas, si elle avait encore besoin d'une opération, à réclamer à nouveau l'anesthésie lombaire.

Ce témoignage des malades, nous n'avons pas le droit de le mépriser ; il a d'autant plus de valeur que ces premiers opérés avaient des préventions bien légitimes contre la méthode, puisque

pour eux seuls le chloroforme devait personnifier l'idée de l'opération sans douleurs.

Cette conservation de la conscience m'a permis quelquefois d'autres avantages de moindre importance. Ainsi, dans quelques cas particuliers, j'ai été heureux que la conscience conservée du malade me permît d'obtenir le consentement d'une exérèse à laquelle il ne m'avait pas autorisé : ainsi c'est un testicule qu'il faut supprimer; le malade m'avait d'abord refusé la castration, mais sur la table, les lésions sont graves, il consent à la castration et j'enlève le testicule. Un autre malade avait refusé l'amputation pour une tuberculose du pied; au cours de l'opération, je reconnais des lésions telles que la conservation est impossible; je lui en fais part, je cause et discute avec lui et finis par obtenir l'autorisation de terminer séance tenante l'opération que j'obtiens de sa volonté consciente. Enfin, une autre fois, c'est une rotule luxée volontairement que j'opère, et je fais faire à la malade sous l'anesthésie l'épreuve qui me montre que mon opération est suffisante.

En signalant ces avantages d'une part, d'autre part en faisant des reproches au chloroforme, contre lequel je n'ai aucune prévention et que j'emploie journellement pour les plus légères opérations, je m'aperçois que je plaide aussi la cause chère à M. Reclus, celle de l'anesthésie locale, et cependant je ne partage pas ses idées. L'anesthésie locale est moins généreuse dans son étendue, moins extensive dans son application, plus difficile en sa technique. Plus difficile! M. Reclus lui-même l'a reconnu, et il faut bien qu'il en soit ainsi puisque peu de nos collègues l'ont adoptée d'une façon courante. Il faut, pour la bien faire et éviter les ennuis, une expérience que les années et aussi une habileté spéciale peuvent seules conférer. Je n'ai ni les unes ni l'autre, et j'en étais réduit à utiliser à peu près exclusivement le chloroforme lorsque la rachi-cocaïnisation est venue prendre sa place pour quelques-unes de ses applications.

IV. *Indications.* — Je n'ai pas fait encore de laparotomie avec la rachi-cocaïnisation : en dehors des cures radicales et des appendicites, je n'ai pas fait et je ne veux pas faire de grandes laparotomies avec cette méthode. Ce n'est pas que ces opérations ne se puissent faire de cette façon, mais elles doivent se faire avec moins de sécurité qu'avec le chloroforme. Les vomissements, dont nous ne sommes pas maîtres, peuvent modifier le champ opératoire; et puis, quand il s'agit de mettre la tête en bas, d'ouvrir largement la cavité abdominale, c'est ici surtout que le point de vue sentimental doit intervenir; c'est imposer au courage des malades une épreuve à laquelle de très forts ne sauraient résister.

De même, je ne fais pas d'opérations sus-ombilicales avec la cocaïne, à de rares exceptions près : non pas qu'elles soient impraticables; mais plus on s'élève, plus l'anesthésie devient aléatoire ou tardive, et si cette anesthésie doit par ailleurs être achevée avec une dose supérieure, alors je ne vois plus là la sécurité nécessaire à l'emploi de la méthode.

Mais pour toutes les opérations inférieures, pour les opérations réglées, méthodiques, de même pour celles qui ne le sont pas, mais à condition qu'elles soient de courte durée, j'emploie et j'utiliserai à l'avenir jusqu'à plus ample informé la rachi-cocaïnisation, et je voudrais qu'elle ne bénéficiât pas seulement des contre-indications de l'anesthésie générale.

Je fais exception pour les enfants, bien qu'une enfant m'ait donné le plus extraordinaire exemple de ce que l'analgésie peut être profonde ; j'en excepte aussi les malades nerveux, préoccupés, affolés, qui ne peuvent être assez pénétrés de ce que la méthode a d'avantages; et ces réserves faites, l'anesthésie rachidienne conservera des indications très étendues. Elle laisse le champ libre à l'anesthésie générale, au chloroforme, à l'éther; elle leur laisse cette supériorité incontestée qu'ils conserveront pour le plus grand nombre des opérations et surtout pour les plus graves. Elle prendra à l'anesthésie locale la plus grande partie de ses applications inférieures.

Sans doute, il est à cette méthode des inconvénients réels : je les dis, je ne veux pas les méconnaître. Mais nous pouvons espérer aussi que l'expérience de chacun apportera sur ce point le perfectionnement nécessaire, et que nous trouverons bientôt moyen de réduire, d'atténuer, de rendre plus rares ceux de ces inconvénients qui paraissent à nos adversaires de nature à faire déjà condamner la méthode.

M. Routier. — Depuis ma dernière communication, j'ai fait une rachi-cocaïnisation, qui m'a fort mal impressionné.

J'ai employé cette méthode chez un colosse qui était entré dans mon service pour y être opéré d'une double cure radicale pour hernie inguinale et crurale; cet homme emphysémateux était atteint de bronchite, je crus qu'il fallait lui éviter le chloroforme.

Je fis un traitement de quinze ou vingt jours concernant sa bronchite, j'ai pratiqué avant-hier la rachi-cocaïnisation, l'anesthésie est venue vite, mais mon malade a eu presque aussitôt la pâleur extrême de la face, des sueurs profuses, une anxiété respiratoire épouvantable, le relâchement du sphincter, le pouls imperceptible, bref, j'ai cru pendant une heure qu'il allait mourir.

Cet état a duré jusqu'à 5 heures du soir. Aujourd'hui, il va parfaitement, je dois le dire, mais il m'a fait grand'peur.

M. Chaput. — Depuis ma dernière communication sur la cocaïne, j'ai fait quelques observations intéressantes que je désire vous communiquer.

Sur un malade j'ai fait sans succès quatre ponctions entre la 4e et la 5e lombaire; j'avais la certitude d'être dans le canal rachidien, mon aiguille n'était pas bouchée et aucun liquide ne sortait, je fis d'autres ponctions blanches entre la 4e et la 3e vertèbres et ne pus réussir qu'avec une ponction entre la 2e et la 3e lombaires. Je pense qu'il s'agissait d'une anomalie du confluent rachidien inférieur, comme celle signalée par M. Tuffier.

J'ai observé quatre fois, dans ces derniers temps, des anesthésies de tout le corps, avec des doses de 2 ou 3 centigrammes de cocaïne, de telle sorte que j'aurais pu exécuter sur mes malades n'importe quelle opération.

J'observe depuis quelque temps des anesthésies beaucoup plus parfaites qu'auparavant, non seulement relativement à la perfection de l'analgésie, mais encore à l'absence de phénomènes d'intoxication (angoisse, vomissements, élévation de température, céphalée). Je ne sais s'il faut attribuer ces particularités à l'atmosphère de confiance qui règne dans le service ou à l'emploi d'injections de sérum artificiel que j'injecte sous la peau pendant l'opération.

Je signalerai encore un détail intéressant; M. Legrand, dans sa thèse, faite sous l'inspiration de M. Reclus, déclare que la cocaïne ne doit jamais avoir plus de huit jours. Je ne suis pas de cet avis, j'ai employé dix fois des cocaïnes datant de un ou deux mois et même d'un an, tant pour l'anesthésie locale que pour l'anesthésie lombaire, et ces solutions m'ont donné mes meilleures anesthésies. Je crois donc que l'ancienneté des solutions est une question négligeable.

M. Reclus. — Je suis d'accord avec M. Chaput au sujet du dernier point de sa communication. J'ai fait des injections avec de la cocaïne stérilisée depuis deux ou trois ans, et conservée en tubes clos. J'ai toujours eu des résultats aussi bons que si la cocaïne avait été fraîchement préparée.

Je tiens à affirmer, pour le moment, qu'après avoir lu le mémoire de MM. Legueu et Kendirdjy, de même que les observations de M. Tuffier, j'aurais pu faire par l'anesthésie cocaïnique les deux tiers des opérations qu'ils ont pratiquées avec la rachi-cocaïnisation, et je parle ici de grosses opérations, appendicite, extirpa-

tion d'hémorrhoïdes, néphrothripsie. Ai-je besoin d'ajouter que dans ces cas il n'y a pas eu le moindre incident, — peut-être un peu de pâleur de la face?

Présentations de malades.

Résection d'un segment de l'uretère au cours d'une hystérectomie laborieuse. Abouchement de l'S iliaque. Guérison.

M. Guinard. — Je présente une malade qui a toutes les apparences de la santé la plus florissante. Elle est âgée de trente-cinq ans, et s'est présentée dans mon service de Bicêtre, au mois de septembre 1900, avec un volumineux fibrome utérin. Je n'insisterai ici que sur l'incident opératoire, au sujet duquel je veux attirer l'attention.

L'incision allant d'abord du pubis à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, je mis à découvert un fibrome très volumineux du poids de 2 kil. 380 grammes. Je dus bientôt largement agrandir par en haut mon incision pour me donner du jour. J'enlevai du côté droit une tumeur végétante de l'ovaire, un véritable chou-fleur pesant 75 grammes : et du côté gauche j'eus à dégager un kyste adhérent, de la grosseur d'une tête d'enfant et rempli d'un liquide chocolat très épais. Après avoir disséqué avec les ciseaux et détruit de nombreuses adhérences avec l'intestin et l'épiploon, je pus dessiner une collerette péricervicale sur l'utérus, et je terminai une hystérectomie subtotale. J'allais refermer l'abdomen, lorsque j'eus l'idée de vérifier l'état des reins, qui devaient être malades puisque ma malade était albuminurique. Je trouvai à droite un rein très petit et un uretère du volume du pouce. En faisant à gauche le même examen, je trouvai un rein normal, mais je découvris que l'uretère était sectionné au-dessus du détroit supérieur. J'essayai en vain de rapprocher cet uretère coupé, du bout vésical, qui était très court : j'avais en somme réséqué un long segment d'uretère, et toute anastomose du bout rénal avec la vessie ou le bout vésical de l'uretère était matériellement impossible. Je me décidai alors à faire une boutonnière au côlon descendant près de l'S iliaque et à insérer le bout rénal de l'uretère dans cet orifice, en le fixant avec quatre fils de lin. Je terminai alors rapidement en drainant pour quarante-huit heures la cavité abdominale.

Les suites ont été absolument simples. Pendant quelques jours, l'urine sortait abondamment par l'anus, provoquant huit ou dix

selles liquides chaque jour. Puis, peu à peu tout se régularisa et actuellement l'opérée n'a plus qu'une selle par vingt-quatre heures.

Je n'étais pas sans inquiétude sur le sort de cette opérée, qui avait un rein malade avec son uretère énorme à droite, et l'autre uretère abouché dans le côlon.

A propos d'une observation analogue présentée ici par notre collègue Michaux, j'avais émis des doutes sur la persistance de la perméabilité de l'orifice urétéro-colique, en raison de l'absence de diarrhée chez sa malade. J'avoue maintenant que l'orifice restant parfaitement perméable et fonctionnant bien, la diarrhée n'incommode en rien l'opérée. Le rein droit donne par l'urètre de 700 à 800 grammes d'urine albumineuse. La malade a eu, un mois après son opération, des accidents légers d'urémie chronique avec céphalée, vertiges, et un peu d'œdème péri-malléolaire. Mais actuellement, l'opération datant de huit mois (26 sept. 1900), tout accident a disparu, la malade a pris beaucoup d'embonpoint et n'est incommodée en rien.

M. Monod. — J'ai sectionné l'uretère dans un cas compliqué de laparotomie, j'en ai réuni les deux bouts, et la malade a guéri sans fistule. Je reviendrai sur ce fait, de date relativement récente, lorsque le résultat, au point de vue de la fonction de l'uretère réparé et du rein correspondant, sera définitivement acquis.

M. Rochard. — Comme MM. Guinard et Monod, il m'est arrivé une fois dans une hystérectomie laborieuse pour fibrome de sectionner l'uretère ; j'ai pu aussi faire heureusement l'urétérorraphie bout à bout : voici du reste l'observation.

Mme M., trente-neuf ans, se présente le 11 avril 1899 à Tenon dans le service de mon collègue et ami Chaput que je remplaçais, avec un gros fibrome dépassant l'ombilic et très peu mobile. Le toucher montrait un col presque impossible à atteindre derrière le pubis, et des culs-de-sac effacés par la tuméfaction.

Opération le 15 avril. Après laparatomie médiane, je constatai un utérus fibromateux impossible à faire sortir, recouvert par le ligament large aminci, avec des adhérences intestinales et de nombreux vaisseaux rampants à la surface; la décortication amena une hémorragie abondante par la rupture des vaisseaux sanguins, hémorragie qu'une alerte chloroformique grave arrêta. La respiration artificielle et les tractions rhytmées de la langue firent revenir la malade, et je me mis en demeure de terminer rapidement l'hystérectomie totale.

En dégageant très rapidement dans un dernier temps la masse

fibromateuse du ligament large, je sectionnai l'uretère pris en masse avec des vaisseaux dans un clamp.

Je fis rapidement l'hémostase et me préoccupait de réparer l'uretère. Celui-ci, ayant trois fois environ son volume normal et ayant été distendu par l'accroissement du fibrome, put être suturé bout à bout. Je fis cette suture à deux étages, mais, n'ayant pas à ma disposition de catgut n° 0, je dus employer de la soie. Drainage-tamponnement à l'aide de trois mèches; suture de la paroi à trois étages. La malade fut longue à se remettre. Mais grâce aux injections de sérum artificiel, le soir elle allait bien; les mèches furent enlevées au bout de quarante-huit heures, le drainage fut maintenu quelques jours et la guérison s'acheva sans incidents. L'urine était normale et n'avait été légèrement teintée que pendant les deux premiers jours.

Sortie le 8 mai, la malade est revue vers le 20 août en parfaite santé. La région rénale droite explorée, dit l'observation, ne présente aucun signe anormal.

La fin de l'observation appartient à mon collègue Chaput. La malade vint le retrouver en novembre à Tenon avec un calcul au niveau de l'abouchement de l'uretère dans la vessie. Ce calcul, comme je le craignais, était formé au niveau du fil de soie que j'avais employé pour suturer les tuniques muqueuse et musculeuse. mais il était descendu, car la section de l'uretère avait été faite environ à 8 centimètres de son abouchement vésical.

Splénectomie pour rupture de la rate.

M. Mauclaire présente un cas de splénectomie pour rupture de la rate, après un coup de pied de cheval. Opération à la vingt-quatrième heure. Guérison. — M. Guinard, rapporteur.

Deux cas de kystes hydatiques du foie.

M. Poirier. — Le hasard m'a donné à opérer, à trois jours d'intervalle, les deux malades que je vous présente, atteintes de kystes hydatiques du foie. L'un de ces kystes était fort gros et remplissait toute la partie sus-ombilicale de l'abdomen; il contenait environ 4 litres de liquide. L'autre, plus petit, ne contenait guère qu'un litre et demi. Tous les deux bombaient sur la face convexe de l'organe, près du bord antérieur, sous le rebord costal, à gauche

sur l'une des malades, à droite sur l'autre. Dans les deux cas, j'ai procédé de la même façon : incision verticale sur la partie la plus saillante de la tumeur, au travers du grand droit; détachement de quelques adhérences unissant le foie à la paroi, dans toute l'étendue de l'incision; ponction et aspiration; incision franche de la tumeur, comprenant une couche de tissu hépatique d'une épaisseur moyenne de 5 millimètres; ablation de la vésicule-mère; essuyage de la cavité; suture totale de la plaie hépatique; suture de la paroi. Dans un cas, j'ai laissé un petit drain pendant quarante-huit heures entre le foie et la paroi, parce que les adhérences donnaient un suintement sanguin. Dans les deux cas, les fils ont été enlevés le 8ᵉ jour. J'ai laissé les malades huit jours encore au lit et je vous les présente guéries, au 17ᵉ et au 20ᵉ jour.

Si l'on compare les résultats obtenus si rapidement par ce procédé de suture et de réduction sans drainage, dont nous devons, à mon avis, la connaissance aux travaux et aux observations de notre collègue Delbet, aux résultats des anciennes méthodes dans lesquelles la guérison n'était obtenue qu'après un long temps de suppuration et de fistulisation, et toujours au prix de quelques dangers, on ne saurait nier que le procédé de Delbet marque un progrès dans le traitement des kystes hydatiques, parce qu'il diminue les dangers de l'opération et réduit de beaucoup la durée du traitement.

M. Lejars. — J'ai pu faire tout récemment encore cette comparaison des deux méthodes, dont vient de parler M. Poirier, sur deux kystes hydatiques, opérés à peu de jours d'intervalle. Dans l'un des cas, chez une jeune femme de vingt et un ans, je fermai le kyste purement et simplement, après avoir évacué le contenu et enlevé la vésicule-mère : mon opérée était guérie en quinze jours, avec une cicatrice dont elle est fort satisfaite. — Chez un autre malade, le kyste se prolongeait si loin en arrière, et, d'autre part, la paroi me semblait si rigide, que j'eus un moment d'hésitation, et qu'après avoir extrait la vésicule-mère, et réséqué largement la coque fibreuse, je marsupialisai le reste. Mon opéré est aujourd'hui guéri, mais il est resté deux mois dans mon service.

M. Schwartz. — Je tiens à dire que M. Delbet est bien le seul promoteur de la méthode qu'il a décrite ici. J'ai opéré quatre malades par son procédé; j'en ai revu deux récemment et ils sont restés parfaitement guéris.

M. Quénu. — Je suis loin d'être un adversaire de la méthode de

M. Delbet, mais elle ne me semble pas applicable à tous les cas. J'en ai obtenu les meilleurs résultats dans les kystes récents, à parois minces; les kystes anciens à parois épaissies, rigides, me semblent plutôt relever de la marsupialisation.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 29 MAI 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Une lettre de MM. Sarrazin et Rouxeau (de Nantes) remerciant la Société de la part qu'elle a prise à la souscription organisée pour élever à Nantes des monuments à la mémoire de Chassaignac et de Maisonneuve.

Lectures.

Sur la méthode d'anesthésie par la cocaïnisation rachidienne (1),

par M. E. VINCENT (Alger).

J'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie le résultat des 100 premières opérations que j'ai pratiquées dans ces derniers mois à l'aide de l'anesthésie par la cocaïnisation lombaire ; pour hâter le moment où l'on pourra porter un jugement définitif sur la nouvelle méthode, il me paraît utile de réunir les documents émanés des sources les plus diverses.

Voici d'abord la statistique de ces interventions :

(1) Cette lecture a été faite par M. le secrétaire général.

1° *Opérations sur l'abdomen.*

Laparotomies pour salpingites	12
— péritonite par perforation typhique	1
— plaie de l'abdomen avec hernie de l'épiploon	1
— éventration	1
— hystérectomie abdominale pour fibrome	8
— tumeur du mésentère	2
— grand kyste para-ovarien	1
— kystes de l'ovaire	2
— kystes hydatiques du foie et de l'épiploon	1
— appendicites	2
	31

Cure radicale de hernie	21
Hernie étranglée	2
Kyste hydatique du rein	1
Néphrotomie	1
Rupture traumatique du rein	1
	26

2° *Opérations sur le thorax.*

Abcès du foie. Ouverture transpleuro-péritonéale (8e côte)	2

3° *Opérations sur les membres.*

Amputations d'orteils	3
Talalgie blennorragique; curettage des bourses séreuses	2
Curettage du calcanéum	1
Amputation de la cuisse	1
Évidement du tibia	2
Extirpation de tumeurs de l'aine	2
	11

4° *Opérations sur l'anus.*

Hémorroïdes	3
Fistules anales	3
Rétrécissement du rectum	1
Dilatation pour fissure anale	1
	8

5° *Opérations sur les organes génitaux de l'homme.*

Phimosis	2
Hématocèle	1
Varicocèle	2
Hydrocèle (cure radicale)	4
	9

6° *Opérations sur le vagin et l'utérus.*

Extirpation d'un cancer de la glande vulvo-vaginale . . .	1
Fibrome du vagin	1
Curettage pour métrite.	6
Curettage pour cancer de l'utérus.	1
Colpotomie pour suppuration.	4
	13

J'ai utilisé la solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100, à la dose de 1/2 à 2 centigrammes au maximum, sauf dans deux cas où je me suis servi de tropococaïne (dans l'un d'eux l'anesthésie a fait défaut).

L'injection a été faite avec les précautions recommandées par Tuffier; la pénétration de l'aiguille a toujours été facile, après les quelques tâtonnements du début; cependant dans deux cas il n'est pas venu de liquide céphalo-rachidien, bien que l'aiguille ait nettement pénétré dans le canal : aucune injection n'a été pratiquée et ces deux faits ne sont pas compris dans ma statistique.

Parfois le liquide n'apparaît pas après la ponction : au lieu d'introduire un fil métallique dans l'aiguille, je fais une légère aspiration qui réussit toujours avec une seringue de Pravaz.

L'anesthésie a été obtenue le plus souvent six à dix minutes après l'injection, rarement de dix à quinze minutes; elle a fait défaut quatre fois : 1° chez une malade opérée pour une salpingite; 2° chez un blessé atteint de rupture du rein; 3° chez un vieillard de soixante dix-huit ans que j'opérais pour une hernie étranglée; 4° chez un homme dans une cure radicale de hernie; mais ici il faut incriminer la solution de tropococaïne à 1 p. 100, dont j'avais injecté une dose de 1 1/2 centigramme; dans ces quatre cas l'anesthésie a été continuée au chloroforme.

D'une manière très générale le degré de l'analgésie a été bon; l'opération a été pratiquée sans défense de la part des malades, presque toujours sans la moindre plainte; dans les rares exceptions où les opérés gémissaient, ils le faisaient par crainte et non par suite de la douleur; le sentiment de crainte existe peu chez l'homme; on le rencontre souvent chez la femme; s'il est modéré, on ne doit pas en tenir compte; s'il est intense, il vaut mieux continuer l'opération au chloroforme. J'ai dû prendre ce parti dans deux laparotomies, l'une pour salpingite où la femme montra dès le début une excitabilité nerveuse voisine de l'hystérie, l'autre pour hystérectomie abdominale où ce sentiment de peur apparut après la traction du fibrome hors du ventre.

Ces deux faits coïncident avec mes débuts de cocaïnisation lombaire; depuis, je m'enquiers à l'avance de l'état physique de mes

opérés, et, pour les interventions abdominales, je n'ai recours à la cocaïne par voie rachidienne que chez les sujets qui n'ont pas d'idée préconçue contre son emploi et qui paraissent s'y prêter sans résistance.

Mon contingent d'interventions dans les laparotomies (31 cas) montre que dans les circonstances qui me semblent favorables, je n'ai pas la prévention de beaucoup de chirurgiens contre cette catégorie d'opérations ; en réalité tout se passe avec la plus grande simplicité aussi bien dans la position horizontale que sur le plan incliné ; les malades ne manifestent parfois un peu d'inquiétude qu'au moment où l'on fait des tractions sur les organes ; mais quelques paroles d'encouragement suffisent à les rassurer.

Les opérations sur le rein sont justiciables de la méthode ainsi que sur le thorax ; j'ai ouvert deux abcès du foie par la voie transpleuro-péritonéale chez des hommes qui n'ont pas manifesté la moindre sensibilité pendant la résection costale (8e côte en arrière et sur le côté), la suture pleurale, la section du diaphragme ni la suture du foie ; ils sont restés tout le temps dans un calme absolu.

Pendant l'opération nous avons constaté des fourmillements, quelques tremblements des membres et les troubles ordinaires ; pâleur, nausées, vomissements, sueurs, modifications du pouls, tout ce cortège des symptômes qui simulent le *mal de mer* ; dans aucun cas nous n'avons été alarmés. Les vomissements ne sont réellement gênants que dans les interventions abdominales ; mais ils sont de peu de durée et ne demandent que quelques minutes de patience ; ils ne m'ont pas paru plus prolongés ni plus intenses que ceux qui accompagnent souvent l'anesthésie chloroformique.

Ce qu'il y a de réellement remarquable chez les opérés, c'est l'absence de shock : ils sortent souvent souriants de la salle d'opération, remerciant le chirurgien qui vient de les délivrer, et vraiment la méthode serait merveilleuse s'il ne se produisait parfois des phénomènes consécutifs pénibles.

L'élévation passagère de la température n'a pas d'influence fâcheuse, les vomissements post-opératoires sont presque toujours insignifiants, moindres qu'après l'emploi du chloroforme ; le défaut de la cocaïnisation apparaît chez les malades qui sont atteints de phénomènes douloureux : céphalée, rachialgie, quelquefois douleurs généralisées : ces accidents sont nuls dans la moitié des cas, supportables chez la plupart des autres ; mais j'ai constaté deux cas où la souffrance était excessive, céphalalgie intense et prolongée, rachialgie violente et douleurs généralisées qui ont persisté pendant quatre jours ; chez un autre malade, la céphalée était très forte, continue pendant les trois premiers jours, puis intermittente à exaspération nocturne ; elle persistait

ainsi depuis dix jours quand l'interrogatoire auquel on le soumit lui fit avouer l'existence d'une syphilis antérieure : le traitement spécifique fit disparaître cette céphalée nocturne.

Mes opérés ont tous guéri, sauf deux dont la mort n'a rien à voir avec la cocaïnisation lombaire; l'un d'eux a été opéré *in extremis* pour une rupture du rein datant de huit jours; il avait perdu une énorme quantité de sang et la région rénale était elle-même le siège d'un vaste hématome; il n'y eut pas d'effet analgésique de la cocaïne et le chloroforme fut administré (mort le lendemain de l'intervention); l'autre était un Esquimau (péritonite généralisée) opéré le troisième jour d'une perforation typhique (mort trois jours après l'intervention). Deux autres, atteints de tumeur maligne du mésentère, ont succombé ultérieurement, mais après guérison de la laparotomie.

En résumé, mon expérience de la méthode de cocaïnisation rachidienne m'encourage à continuer son emploi; elle ne m'a donné aucun sujet d'inquiétude réelle; elle laisse la plupart des opérés dans un excellent état; elle est parfois suivie de phénomènes douloureux qui constituent le côté faible de son usage, et c'est de ce côté que l'ingéniosité des médecins doit se porter pour essayer de faire disparaître cet inconvénient; enfin elle peut être utilisée dans tous les cas de lésions sous-diaphragmatiques et même paradiaphragmatiques, à la condition, s'il s'agit de laparotomies, de s'être assuré à l'avance que les malades ne sont pas d'un nervosisme excessif et n'ont pas d'appréhension contre ce procédé d'analgésie.

Suture du nerf médian droit quatre mois après sa section. Retour de la motricité et de la sensibilité de la main deux mois après l'opération (1),

par M. le Dr VLACCOS.

Devant une discussion aussi documentée que celle qui est engagée en ce moment à la Société sur le degré et la date du rétablissement fonctionnel des nerfs suturés, il serait peut-être puéril de citer d'autres observations sur le même sujet, si elles ne devaient avoir d'autre but que d'en augmenter le nombre sans rien ajouter aux conclusions auxquelles se sont arrêtés les ora-

(1) Cette lecture a été faite par M. le secrétaire général.

teurs qui y ont pris part. Mais comme mon observation est tant soit peu discordante au point de vue de la date de la réparation fonctionnelle, en parler me semble légitime. Je le fais sans commentaires. Voici l'histoire de mon malade.

X..., matelassier, âgé de vingt-cinq ans, bien musclé, sans tare héréditaire, non syphilitique, se trouvant le 24 octobre 1899 en état d'ivresse, se fit une blessure au talon du poignet droit en brisant d'un coup de poing un verre. Un médecin appelé d'urgence pratiqua la suture tégumentaire sans autrement se préoccuper des lésions profondes possibles. Réunion immédiate manquée. Cicatrisation lente. Vingt-cinq jours plus tard, le malade nous dit avoir constaté pour la première fois que ses doigts étaient insensibles, qu'il lui était impossible de tenir l'aiguille entre le pouce et l'index et de se livrer à son métier. Son médecin lui prescrivit des bains sulfureux locaux et l'électrisation du membre. Mais comme l'impotence fonctionnelle et sensitive empirait, le malade, inquiet, vint nous consulter le 20 février 1900, c'est-à-dire quatre mois après l'accident, et voici ce que nous constatâmes.

X... porte au poignet droit, immédiatement au-dessus de l'articulation radio-carpienne, face interne, une cicatrice transversale de deux centimètres environ; la flexion volontaire de la main est impossible, l'éminence thénar flasque, atrophiée, la sensibilité complètement abolie sur la face palmaire du pouce, de l'index et du médius; ulcération trophique sur la pulpe de l'index. Il est évident que les fléchisseurs et le nerf médian furent intéressés lors de l'accident. Nous procédâmes le 24 février à l'opération sous anesthésie chloroformique. La recherche du nerf médian au fond des tissus inodulaires fut particulièrement pénible, et c'est grâce à son artère satellite que nous pûmes l'y reconnaître, le suivre, le libérer de la gangue cicatricielle qui l'étranglait, retrouver les deux bouts, les aviver, les coapter exactement en tiraillant sur eux par une suture au catgut. Suture des tendons grand et petit palmaires avec leurs bouts inférieurs respectifs. Suture des téguments sans drain. Flexion forcée de la main pendant quinze jours. Réunion *per primam*. Déjà le neuvième jour de l'opération, l'opéré accuse des fourmillements douloureux aux doigts. Le quinzième jour, nulle part encore les piqûres d'aiguille ne sont perçues; nous permettons au malade quelques mouvements passifs. Dix jours plus tard, nous constatons, et faisons constater au confrère qui nous avait assisté à l'opération, le retour de la sensibilité sur la face palmaire du pouce et sur la pulpe de l'index, sensibilité encore très émoussée mais néanmoins évidente. Réaction électrique assez forte. L'ulcération trophique est en cicatrisation avancée. A partir de cette date l'amélioration a été progressive, et le soixantième jour

de l'opération, le patient pouvait reprendre son métier, tenir l'aiguille, ayant les mouvements d'opposition du pouce parfaits et ses muscles normaux.

Rapports.

Sur trois communications de M. le D[r] A. Dupraz, assistant à la polyclinique chirurgicale de Genève.

Rapport par M. E. POTHERAT

Je serai extrêmement bref sur la première communication du D[r] Dupraz, bien qu'elle soit très intéressante. Elle se rapporte à ce que l'on peut appeler les *illusions de la radiographie.* Vous avez encore tous présente à l'esprit la discussion soulevée ici l'année dernière par notre collègue Tuffier, et dans laquelle plusieurs de nos collègues sont intervenus pour nous démontrer par des photographies radioscopiques, et par des explications complémentaires, comment la radiographie, dans le cas de fracture des os des membres, peut arriver à nous donner une image absolument erronée de la situation des fragments. C'est ainsi qu'on pourrait voir d'énormes chevauchements, ou des écarts considérables entre les fragments chez les malades qui, cliniquement, étaient bien réduits, avaient des cals peu apparents, ne présentaient pas ou très peu de modifications dans la longueur des membres, marchaient enfin très bien. L'interprétation de ces images fallacieuses nous a été très clairement fournie, en particulier par M. Lucas-Championnière.

C'est un fait de cette nature que nous a apporté M. le D[r] Dupraz, un fait absolument démonstratif, ainsi que vous pourrez en juger par ces photographies radioscopiques que je fais passer sous vos yeux. Il s'agit ici non d'une fracture, mais d'une luxation d'un doigt survenue chez un jeune ouvrier mécanicien. Au cours d'un travail de perforation d'une pièce métallique carrée, celle-ci, échappant tout à coup à la pression, était venu frapper violemment la main, déterminant une plaie à la racine du médius, qui subit en outre un énorme gonflement avec déjettement vers le bord cubital. A un premier examen, on avait cru à une fracture comminutive, mais une épreuve radiographique prise dans le sens antéro-postérieur, c'est-à-dire dorso-palmaire, montrait l'intégrité des phalanges, et, c'est là le point curieux, leur régulière continuité avec une légère inclinaison vers le bord interne; on conclut à une

entorse phalango-phalanginienne. Mais, au bout de quelques jours, une deuxième radiographie, faite dans le sens latéral, montra qu'il y avait une luxation complète, dorsale, de la phalangine sur la phalange.

Je n'insiste pas, ces photographies sont suffisamment démonstratives. Elles nous montrent à nouveau que la radiographie peut à l'occasion nous fournir des renseignements trompeurs, dont il faut se méfier, ou que l'on doit contrôler par la clinique.

A ces épreuves radiographiques, M. Dupraz en a joint une autre qui nous montre un moignon informe de la main chez une femme de trente ans. C'est un *moignon cicatriciel* consécutif à une brûlure survenue à l'âge de six ans. Cette brûlure avait détruit tous les doigts en entier; il n'était resté que la première phalange du petit doigt. A la suite de cette grosse lésion, et probablement aussi par le fait des lésions nerveuses secondaires, il y eut un arrêt de développement du squelette, non seulement de la main, mais même de l'avant-bras; de sorte que ces segments ressemblent à des avant-bras d'enfant. C'est à ce point de vue que cette observation mérite votre attention.

Enfin, M. Dupraz nous a adressé, tout récemment, une intéressante observation de *spina bifida*, avec opération, guérison immédiate et consécutive à assez longue échéance. L'enfant était une petite fille de huit mois du canton de Fribourg. Depuis sa naissance, elle portait à la région lombaire une tumeur molle fluctuante, sans bosselures, translucide même. Cette tumeur était petite. M. Dupraz l'évalue au volume d'un œuf de pigeon. La peau est lisse, tendue, un peu rouge. A la base, la peau forme comme un épais feston englobant la tumeur.

Il est difficile de se rendre compte des dimensions de la fissure vertébrale : la pression à ce niveau fait pousser des cris à la petite malade. Le tissu est irréductible.

Il n'existe, d'autre part, aucun arrêt de développement, aucune anomalie; l'enfant est bien constituée, elle paraît bien portante; elle essaie de marcher quand on la tient dans la station debout.

En présence de ces phénomènes, le D[r] Dupraz porte le diagnostic de méningocèle, sans participation des éléments de la moelle à la constitution de la tumeur et propose l'intervention chirurgicale, qui est pratiquée le 23 décembre 1897, avec l'assistance du docteur Clément et du docteur Crausoz : ce dernier, médecin de la famille, pratique l'anesthésie à l'éther.

Dans la crainte qu'une décompression intra-arachnoïdienne brusque ne détermine des accidents cérébraux, le D[r] Dupraz évacue d'abord la poche par plusieurs ponctions aspiratrices avec la seringue d'Anel; puis il incise les enveloppes superficielles jus-

qu'à la paroi propre de la poche exclusivement. Il décolle alors cette paroi en la séparant des téguments jusqu'à la fissure vertébrale. Arrivé là, il ouvre cette poche, s'assure qu'elle ne contient pas de filets nerveux importants, la pédiculise au niveau de la fissure, la lie en ce point avec un catgut, et enfin excise toute la portion externe. L'orifice vertébral est de petite dimension. Il est rectangulaire et mesure environ un demi-centimètre en hauteur sur 4 millimètres de largeur. Les téguments sont ramenés, après excision de la portion très amincie, d'ailleurs superflue, par-dessus cet orifice, et suturés, sans drainage, avec des fils de soie. Un pansement sec recouvre le tout.

Les trois premiers jours qui suivirent cette intervention se passèrent très bien. Mais, le 4e jour, la température s'éleva à 39 degrés; on constate une tension exagérée de la fontanelle antérieure avec de fortes pulsations; cette tension se manifeste au niveau même de la suture lombaire. Les fils ayant été alors enlevés, il se fit une abondante évacuation de liquide céphalo-rachidien et la fièvre tomba. L'enfant revint à l'état normal, mais, pendant trois semaines, il continua de s'écouler une petite quantité de liquide céphalo-rachidien. Au bout de ces trois semaines, la cicatrisation était complète et définitive. Ceci se passait, je le rappelle, en décembre 1897. La petite malade a été revue le 8 avril dernier, c'est-à-dire trois ans et demi après l'intervention. C'est une belle fillette de quatre ans, forte, bien constituée, de belle apparence, sans aucun trouble de motilité ou de sensibilité et dont l'intelligence est tout à fait normale. Elle a appris à marcher et à parler aussi tôt et aussi facilement que ses frères et sœurs. La tête a un volume normal, il n'y a pas trace d'hydrocéphalie. Au niveau de la fissure lombaire, on trouve une cicatrice linéaire blanche, avec une peau légèrement plissée, sans dépression ni hernie.

Tel est le fait que nous a adressé M. le Dr Dupraz; il s'agit bien d'une guérison complète et on peut le dire définitive, puisqu'elle a subi l'épreuve du temps pendant près de quatre ans. Il s'agissait d'un cas favorable, poche petite, dépourvue d'éléments nerveux, enfant déjà âgée, forte. C'était, en un mot, la méningocèle la moins compliquée. Ce n'en était pas moins un spina bifida véritable; et à ce titre ce résultat méritait de vous être rapporté, et d'être mis en opposition avec des cas où les suites opératoires ont été telles qu'elles ont conduit leurs opérateurs ou leurs commentateurs à une désolante désespérance à l'endroit de cette lésion. S'il est des cas, et il en est, c'est incontestable, où le mauvais état général de l'enfant, la multiplicité des lésions, et surtout la complexité du spino-vertébral, contenant tout ou partie de l'axe médullaire avec un canal vertébral ouvert dans une grande étendue, rendent

l'intervention difficile, grave, voire impossible, ou bien exposant à un insuccès immédiat ou secondaire, à des lésions éloignées comme l'hydrocéphalie, il est des cas, par contre, où des conditions meilleures rendent le pronostic favorable et permettent d'espérer une guérison immédiate et consécutive. Le cas de M. le Dr Dupraz en est un exemple ; celui que je vous ai rapporté il y a quelques semaines en est un autre, et mon cas était moins simple que celui de notre confrère genevois.

J'attire, en terminant, votre attention sur un tout petit point particulier. On a dit qu'on ne devait pas administrer l'éther aux enfants âgés de moins de huit ans. On n'a pas, que je sache, fourni de raisons probantes à cette limitation de l'âge dans l'enfance vis-à-vis de l'anesthésie à l'éther. Or, la petite malade du Dr Dupraz a été endormie à l'éther, n'avait que huit mois, et cela n'a présenté aucun inconvénient.

Messieurs, comme conclusions à mon rapport, je vous propose d'adresser au Dr Dupraz nos remerciements pour les communications qu'il a bien voulu nous adresser et qui viennent s'ajouter à plusieurs autres qui vous ont été rapportées et qui lui mériteront un jour vos suffrages, je l'espère.

Sur une observation de M. Lévêque concernant un cas d'*hystérectomie abdominale totale post-césarienne pour rétrécissement du vagin.*

Rapport par M. PIERRE DELBET.

M. Lévêque nous a envoyé une très intéressante observation d'hystérectomie abdominale totale post-césarienne pratiquée pendant le travail à terme pour un rétrécissement cicatriciel du vagin.

Voici le résumé de l'observation. La malade, âgée de vingt-six ans, en était à sa première grossesse. Au cinquième mois, on lui administre une injection vaginale d'acide sulfurique, moyen aussi énergique qu'inefficace pour provoquer l'avortement, car non seulement il n'a pas empêché la grossesse d'évoluer, mais, en outre, il a créé un obstacle insurmontable à l'issue du fœtus par les voies naturelles.

La malade est amenée à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye quelques heures après cette injection. M. Lévêque trouve des brûlures profondes intéressant la vulve, le vagin, le périnée, l'anus et les fesses. Il se forme des escarres grisâtres, putrilagineuses, qui se détachent lentement. Après leur chute, on s'aperçoit que l'orifice du vagin est comme oblitéré par l'accolement de son

tubercule à la paroi postérieure. Un instrument mousse suffit à les séparer et, pour maintenir leur écartement, on introduit de petites mèches de gaze, mais avec une extrême précaution, de peur de déchirer les parois vésicale ou rectale, très amincies mais non perforées.

Dès que la diminution de la sensibilité, qui était extrême, permet de faire un examen circonstancié, voici ce que l'on constate. Le vagin est transformé en un petit cône, dont le sommet est complètement oblitéré. Avec l'hystéromètre, on parvient à perforer en ce point une cloison cicatricielle assez épaisse. Au delà de cette cloison, l'extrémité de la sonde se meut librement dans une cavité qui correspond à la partie supérieure du vagin non altérée, mais renfermant quelques sécrétions. On dilate avec la sonde de Bozeman l'orifice créé par l'hystéromètre, et on place à demeure un drain en croix.

La vulve et le périnée sont profondément déformés et les fesses sont couvertes de chéloïdes cicatricielles qui s'ulcèrent avec une désespérante facilité.

« En présence de lésions aussi prononcées, dit M. Lévêque, on ne pouvait espérer un accouchement par les voies naturelles; il aurait même été impossible, à aucun moment de la grossesse, d'extraire par fragments le fœtus qu'on eût sacrifié. » Aussi M. Lévêque prend-il la très sage résolution de laisser la grossesse aller à terme et d'intervenir par la voie abdominale quelques jours avant l'époque présumée de l'accouchement.

Les derniers mois de la grossesse sont troublés par des crises douloureuses presque quotidiennes, qui s'accompagnent « d'un spasme apparent et prolongé de l'utérus ».

C'est peut-être pour cela que M. Lévêque s'est laissé surprendre par le travail, qui commença précisément la veille du jour qu'il avait fixé pour l'opération.

M. Lévêque intervient le 9 février 1901, dix heures après le début du travail. La malade étant placée dans la position de Trendelenburg, après avoir fait la laparotomie, il incise l'utérus *in situ* sur la ligne médiane, au bistouri d'abord, aux ciseaux ensuite. Cette incision ne donne lieu à aucune hémorragie, bien qu'aucun lien n'ait été placé sur le col. Extraction facile d'un enfant bien portant; section du cordon entre deux pinces ; décollement et ablation du placenta.

L'utérus se rétracte fortement, ce qui facilite les manœuvres ultérieures d'hystérectomie.

Après avoir incisé le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin et décollé la vessie, M. Lévêque prolonge l'incision médiane de la césarienne jusque dans le vagin. Alors, bien qu'ayant sous les

yeux et sous les doigts les cavités cervicales et vaginales, il lui est impossible de distinguer le col du vagin, car les deux cavités se continuent sans ligne de démarcation apparente, ne formant qu'un seul canal. Aussi la section que M. Lévêque a exécutée après avoir lié les artères utérines a-t-elle porté assez bas sur le vagin; il a pu constater, lorsque la pièce a été rétractée par l'alcool, qu'une collerette vaginale un peu large était appendue à l'utérus.

L'utérus enlevé, l'opérateur ferme la brèche péritonéale par un surjet au catgut, sauf au niveau du vagin, où il laisse un petit orifice pour passer une bandelette de gaze qui sort par la vulve. Fermeture complète de la paroi abdominale par un seul plan de sutures.

Le lendemain soir, le pouls est à 140, avec une température de 37°4. M. Lévêque, inquiet, enlève un fil de la suture abdominale pour mettre un drain. Rien ne s'écoule du péritoine.

Le soir du troisième jour, c'est-à-dire le 11 février, la température monte à 38°3 et le pouls bat 160. Cependant, l'état général ne paraît pas menaçant.

M. Lévêque enlève le cinquième jour seulement la mèche vaginale, qui était infiltrée d'un liquide odorant. A partir de ce moment, le pouls et la température se rapprochent de la normale; la malade entre en convalescence.

Mais, le quatorzième jour, alors que les fils abdominaux étaient enlevés, la malade, qui n'avait point encore été à la selle, ayant fait des efforts violents et prolongés pour expulser un bol fécal volumineux, est prise de frissons, de hoquets et de vomissements; la température monte à 39 degrés et le pouls bat 120. Heureusement, cet orage fut passager. Voici l'explication que M. Lévêque en donne : « Il semble que sous l'influence de la compression du vagin par le bol fécal, les produits septiques retenus au-dessus de la sténose ont reflué dans le cul-de-sac de Douglas et déterminé une brusque poussée du côté du péritoine pelvien. » Cette explication est fort plausible, d'autant plus que le bol fécal était si gros qu'on fut obligé de faire une sorte de curage digital du rectum. On aurait évité tous ces ennuis si, conformément à l'habitude aujourd'hui généralisée, on avait purgé la malade le second ou le troisième jour.

Après cette dernière alerte, la santé de la mère s'est définitivement rétablie et l'enfant, une fille, qui pesait 2.080 grammes, se porte bien.

Telle est, Messieurs, cette opération heureuse par son résultat, intéressante par sa rareté; c'est, je crois, la première hystérectomie abdominale totale qui ait été pratiquée pour rétrécissement du vagin.

La question des rétrécissements cicatriciels du vagin est fort délicate. Elle est plus encore du domaine de l'obstétrique que de celui de la gynécologie; je n'ai aucune expérience personnelle à son sujet. Aussi n'aurais-je point osé vous en parler, si je n'avais constaté que sur ce point personne n'a une expérience personnelle bien considérable.

Les cas de ce genre sont assez rares pour que les accoucheurs les plus favorisés n'en aient vu que deux ou trois. C'est une de ces questions sur lesquelles l'expérience personnelle cède le pas à l'expérience livresque, et celle-ci est à la portée de tous ceux qui veulent prendre la peine de l'acquérir. C'est donc en m'appuyant sur les observations publiées que je vais chercher à déterminer la conduite qu'il convient de tenir quand on se trouve en présence d'un rétrécissement cicatriciel du vagin chez une femme enceinte.

Il y a bien des cas où la question ne se pose même pas. Ce sont tous ceux où il existe seulement des lésions de surface. Peu importe qu'elles soient très étendues, car ce qui compte au point de vue de la dilatabilité obstétricale, c'est bien moins l'étendue des lésions que leur profondeur. Des brides, des adhérences même qui unissent l'une à l'autre les deux parois du vagin peuvent n'avoir aucune gravité. Il suffit, en effet, de lésions très superficielles pour produire des adhérences entre les deux parois du vagin qui, normalement, sont au contact l'une de l'autre. Ces adhérences, ces brides, sont faciles à détruire et elles n'opposent aucun obstacle sérieux à la dilatation du vagin si le tissu de cicatrice n'a qu'une mince épaisseur. Ainsi, par exemple, le professeur Pinard (1) trouve une oblitération complète de la moitié supérieure du vagin chez une femme qui, pendant le troisième mois de sa grossesse, s'était fait tous les jours des injections de vinaigre. Il perfore avec l'hystéromètre la membrane cicatricielle qui était très mince, puis dilate l'orifice avec les doigts et l'accouchement se fait sans incident.

A côté de l'épaisseur des cicatrices, il faut tenir compte aussi de leur siège. Kessler a fait remarquer qu'elles sont d'autant plus graves qu'elles sont plus élevées. Celles qui occupent la partie inférieure du vagin et l'orifice vulvaire n'ont que peu de gravité, tandis que celles qui intéressent à la fois les culs-de-sac vaginaux et le col opposent à l'accouchement un obstacle dont il est bien plus difficile de triompher.

Il est possible qu'il faille un sens clinique fort aiguisé pour discerner les cas où l'accouchement sera possible de ceux où il

(1) Pinard, cité dans le *Traité de Gynécologie* de S. Pozzi, 3e édition, p. 1169, en note.

ne le sera pas. Mais en admettant qu'il y ait des cas douteux où l'expectation est de rigueur, je crois qu'il y en a où les lésions sont telles qu'il apparaît avec évidence que l'accouchement ne pourra pas se faire spontanément par les voies naturelles, et c'est seulement de ces cas graves que je veux m'occuper.

Est-on autorisé dans de telles circonstances à provoquer un accouchement prématuré? Je ne le crois pas.

En effet, les rétrécissements cicatriciels sont extensibles ou ils ne le sont pas. Il semble, d'après les observations, qu'il n'y ait pour ainsi dire pas d'intermédiaire. Ou bien les cicatrices sont extensibles et permettent un accouchement à terme, ou bien elles ne le sont pas et mettent obstacle au passage d'un enfant viable, d'autant plus qu'en provoquant le travail on ne profite peut-être pas de tout le ramollissement qu'amène le travail à terme. Courant (1) a été obligé de faire une opération de Porro pour un fœtus mort à cinq mois, et Lœhlein (2), malgré les incisions vaginales, a dû décapiter un fœtus de six mois.

On peut donc dire, à mon avis du moins, que l'accouchement prématuré n'est jamais justifié par un rétrécissement cicatriciel du vagin.

Mais est-ce à dire qu'il faille attendre le travail pour intervenir? Ceci est une tout autre question et fort délicate. Pour y répondre, il faut envisager les diverses variétés de cas et les moyens qu'on peut leur opposer.

Je ne parlerai même pas de la céphalotripsie, de la basiotripsie, de l'embryotomie, car je suppose que l'enfant est vivant, et je crois que ce crime particulier, pratiqué sous le couvert du diplôme, qui consiste à broyer un enfant vivant, sous prétexte de sauver la mère, est près de disparaître de nos mœurs, d'autant plus qu'on peut aujourd'hui sauver l'enfant sans faire courir plus de risque à la mère.

Envisageons d'abord les cas où il existe des fistules urinaires. Ils sont fréquents, car le plus souvent les rétrécissements cicatriciels du vagin sont consécutifs à des accouchements antérieurs qui ont plus ou moins délabré la vessie.

En fait de fistules urinaires, permettez-moi de vous signaler d'abord certaines formes de fistules vésico-cervicales très spéciales. Les fistules vésico-cervicales dont je veux parler et dont je ne vois pas la moindre mention dans nos traités classiques, ont ceci de spécial qu'après avoir guéri elles se rouvrent spontanément

(1) Courant. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 46, p. 1060.

(2) Lœhlein. *In* Mémoire de Kayser. *Zeitschrift für Geburtsh. und Gynæk.*, t. XXVII, 1893, p. 304.

pendant les grossesses ultérieures. Courant (1) rapporte l'observation d'une femme qui, en 1883, avait eu, à la suite d'un accouchement pénible, plusieurs fistules urinaires, vésico-vaginales et vésico-cervicales. En janvier 1885, après deux opérations, on obtient la continence. Celle-ci persiste pendant près de quatre ans. Puis en novembre 1888, survient une nouvelle grossesse. Au deuxième mois de cette grossesse, brusquement l'urine se remet à couler par le vagin. Dans les cas de Litzmann et de Benckiser, les choses sont moins nettes, car l'écoulement d'urine ne s'est produit qu'au moment de l'accouchement. Ces auteurs admettent que dans ces cas, la guérison de la fistule n'est pas anatomique, qu'il se produit une simple oblitération mécanique par une sorte de clapet ou de valvule, dont les rapports et le fonctionnement sont troublés par les modifications de volume de l'utérus. Aussi Courant a-t-il émis l'opinion que pour obtenir la guérison durable de ces fistules on pourrait faire la castration.

Ce serait peut-être aller un peu loin; mais lorsque, avec de telles fistules, il existe une grossesse, l'indication d'enlever l'utérus me semble formelle. Il n'y aurait donc dans ces cas aucun avantage à attendre le travail pour intervenir. Je n'insiste pas, car ces faits ont un caractère très exceptionnel.

Mais il n'est point du tout exceptionnel que des fistules vésico-vaginales aient existé; c'est peut-être même le cas le plus habituel, la fistule reconnaissant la même cause que le rétrécissement, c'est-à-dire un accouchement laborieux. En général, elle est fermée lorsque survient la seconde grossesse.

Dans ces conditions, il me semble encore qu'il n'y a que des inconvénients à attendre le travail; car, mettons les choses au mieux, supposons que l'accouchement se fasse par les voies naturelles, il est à peu près certain qu'il ne pourra se faire sans entraîner la reproduction de la ou des fistules. Or, la cure de ces fistules perdues au milieu de cicatrices irrégulières peut présenter d'énormes difficultés.

Dans les cas où il n'y a pas eu de fistule, il est plus difficile de déterminer le moment le plus favorable pour l'intervention.

Si on attend le travail, c'est avec l'espoir que l'accouchement pourra se faire par le vagin. Il y a en effet des cas où il s'est fait très simplement. J'ai déjà dit à quels signes on peut les reconnaître; aussi je les laisse de côté. Je ne m'occupe, encore une fois, que des cas de rétrécissements graves où l'accouchement ne peut se faire d'une manière spontanée. Il faut agir sur les cicatrices pour permettre le passage de la tête fœtale.

(1) Courant. *Loc. cit.*

Comment peut-on agir? Le moyen le plus simple est la dilatation. Il y a certainement des cas où elle suffit, mais ce n'est pas toujours sans inconvénients. Lusk raconte que Braun a vu, dans un fait où la dilatation manuelle avait permis à la tête de passer, trois fistules vésico-vaginales succéder à l'accouchement.

Souvent elle échoue. Lœhlein, dans un des cas publiés par Kayser (1), n'a rien obtenu par la dilatation avec des bougies, et il a pratiqué la césarienne. Dans un fait d'Ikeda (2), où les tentatives de dilatation avaient été faites, il est vrai, avant le travail, puis abandonnées en raison des douleurs qu'elles déterminaient, il se produisit une rupture du vagin au-dessus de la sténose, et quand on fit le Porro, on trouva l'utérus emphysémateux et ecchymotique jusqu'au niveau des trompes. Bien que la mère et l'enfant aient été sauvés, on ne peut nier que les conditions étaient défavorables et qu'il eût été préférable d'opérer avant la rupture.

En somme, la dilatation, sauf naturellement dans les cas de brides peu épaisses, paraît ou impuissante ou dangereuse.

On a employé des moyens plus énergiques, l'incision ou la résection des brides. Churchill, Doherty, Guéniot, Dürhsen, Spiegelberg, ont conseillé les incisions. Kessler recommande la résection.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer tout ce que ces incisions ont d'aveugle et par suite de dangereux, dès que les cicatrices sont épaisses et dépassent en profondeur les limites du vagin, puisqu'elles portent sur des organes déformés dont les rapports sont modifiés.

Mais voyons ce qu'elles ont donné.

Dans le tome III du *Traité des accouchements* de Tarnier et Budin se trouve relatée une observation de Gallois, de Grenoble, où des incisions suivies de l'application du ballon de Champetier ont amené une dilatation suffisante pour permettre d'extraire au forceps un enfant vivant.

Tarnier a réussi également, après des débridements multiples, à faire l'accouchement au forceps. Mais la femme a succombé et on a constaté à l'autopsie qu'il existait une communication entre la vessie et le vagin.

Staude cite un cas du même genre où les incisions des cicatrices se terminèrent par la mort de la mère.

Jacquemier rapporte un cas où la vessie et le rectum étaient

(1) Kayser. *Deutsche Zeitschrift für Geburtsh. und Gynæk.*, t. XXVII. 1893, p. 304.

(2) Ikeda. *Cent. für Gynæk.*, 1893, n° 46, p. 1060.

accolés. Lombard crée par la dissection une voie artificielle, mais trop tard : le fœtus était passé dans le péritoine au travers d'une rupture de l'utérus.

Muro y Arrivillaga, dans un cas analogue, arrive, par une dissection très pénible, à rétablir un conduit vaginal, mais si étroit que, bien qu'il s'agisse d'un fœtus de cinq mois, il est obligé de pratiquer l'embryotomie.

Dans le cas de Courant, il s'agissait aussi d'un fœtus mort à cinq mois. Malgré des incisions vaginales, il fallut passer par l'abdomen. Lœhlein, je l'ai déjà dit, a été obligé, malgré ces mêmes incisions, de décapiter un fœtus de six mois.

Les incisions ou excisions vaginales n'ont donné que bien peu de succès. En revanche elles sont dangereuses parce qu'elles exposent à des fistules, à des accidents septiques et aussi parce que, pendant le temps qu'elles font perdre, il peut se produire des ruptures de l'utérus ou du vagin au-dessus du rétrécissement.

En somme, dès que les brides sont à la fois étendues et profondes, les incisions ou excisions me paraissent plus dangereuses et pour la mère et pour l'enfant que l'intervention par la voie abdominale. Il n'y a donc aucune bonne raison d'attendre le travail pour intervenir, mais y a-t-il des inconvénients à le faire ?

Je le crois, et c'est pour cela que j'ai pris soin de chercher s'il y avait des avantages à mettre en balance. Quels sont les inconvénients? Ils sont évidents lorsque l'on attend longtemps avec l'espoir que l'accouchement se fera par les voies naturelles, puisque nous avons vu que, dans de telles conditions, le vagin et l'utérus peuvent se rompre.

Alors même qu'on opère au début du travail, je crois qu'on est dans de moins bonnes conditions qu'en intervenant à la fin de la grossesse. En effet, le col étant dilaté, la cavité utérine est en communication avec le récessus vaginal rétro-cicatriciel, récessus qu'il est impossible d'aseptiser. L'opération se fait donc forcément dans un milieu septique.

Or, comme il n'y a aucun avantage qui compense cet inconvénient grave, je pense qu'il vaut mieux opérer dans les derniers jours de la grossesse.

C'est là ce que M. Lévêque avait eu l'intention de faire, et je ne puis que le féliciter pour cette intention.

Quelle intervention abdominale doit-on pratiquer? Faut-il enlever ou laisser l'utérus?

La césarienne conservatrice ne serait indiquée que si, dans le cas supposé, c'est-à-dire dans les rétrécissements graves du

vagin, il était possible de rétablir ultérieurement un conduit génital capable de permettre un accouchement normal.

Staude (1) dit que dans un cas où il avait fait une césarienne et perforé par l'utérus l'obstacle vaginal pour établir un drainage, il a pu ultérieurement rétablir par la dilatation un vagin normal. Mais il ne dit pas que cette femme soit redevenue enceinte et je ne connais pas un seul fait où une femme ayant subi une opération césarienne pour rétrécissement du vagin ait pu dans la suite accoucher normalement.

Il n'y a donc pas de raison de conserver l'utérus; mais il y en a de très bonnes de l'enlever. Non seulement il y a tout avantage à mettre la malade à l'abri de conception future, mais il y a d'autres raisons plus immédiates, plus pressantes de faire l'hystérectomie; c'est que l'écoulement des lochies est gêné par le rétrécissement vaginal, c'est encore que le vagin étant impossible à nettoyer, les lochies stagnant en arrière du rétrécissement dans un milieu septique, les complications les plus redoutables seront difficiles à éviter.

Les faits sont d'ailleurs absolument d'accord avec la logique, car la statistique publiée dans le *Traité des accouchements* de Tarnier et Budin donne pour la césarienne une mortalité de 35 p. 100, tandis que la mortalité de l'opération de Porro est de 9 p. 100.

Kessler a fait des objections à l'ablation de l'utérus. Il pense que les cicatrices vaginales, en immobilisant l'organe, doivent rendre très difficile la fixation du moignon à l'abdomen ou sa toilette si on veut le réduire. Ce sont là des objections toutes théoriques dont il n'y a pas lieu de tenir autrement compte, puisque aucun des opérateurs n'a signalé de difficultés de ce genre.

Il faut donc sacrifier l'utérus, mais comment?

Ici surgit une difficulté de nomenclature. Que doit-on entendre par opération de Porro?

Porro, attribuant les insuccès de l'opération césarienne à la présence de l'utérus dans l'abdomen, eut l'idée de l'enlever, et il l'enleva pour la première fois le 21 mai 1876, en étreignant le col d'un fil de fer et en fixant le pédicule à la plaie abdominale. En 1876, il ne pouvait être question d'une autre technique. C'était l'âge des pédicules externes.

Mais, depuis, une ère nouvelle s'est ouverte. Successivement, comme par l'application d'une loi de l'évolution chirurgicale, on a réduit ou supprimé tous les pédicules abdominaux. Pour ce qui est de l'hystérectomie, ou bien on a supprimé le pédicule en

(1) Staude. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 34, p. 781.

enlevant l'utérus tout entier, ou bien, dans les amputations partielles, supra-vaginales, subtotales, on a réduit le pédicule, en le traitant de plus en plus simplement. Et on a procédé ainsi aussi bien dans les hystérectomies post-césariennes que dans les opérations faites pour des fibromes ou pour toute autre cause.

A l'étranger, les accoucheurs, considérant sans doute que l'ablation de l'utérus est le fait capital, donnent le nom d'opération de Porro à toutes les hystérectomies post-césariennes, quelle que soit la manière de traiter le pédicule. Aussi voit-on des observations intitulées : « Opération de Porro avec pédicule intra-abdominal. »

En France, au contraire, sauf de très rares exceptions, on réserve le nom d'opération de Porro aux cas où l'on opère à la manière de Porro, et j'estime que cela est non seulement plus exact mais pratiquement très préférable, car on évite ainsi bien des confusions. Dans beaucoup de cas, en effet, la question est de savoir non pas si on doit enlever l'utérus, mais comment on doit l'enlever. Et, si je ne me trompe, c'est précisément ainsi que la question se pose pour les rétrécissements graves du vagin.

D'une manière générale, tout le monde reconnaît qn'on a réalisé un grand progrès en abandonnant le traitement externe du pédicule. Si le pédicule réduit et traité comme nous savons le faire aujourd'hui a de grands avantages sur le pédicule externe dans toutes les affections de l'utérus, peut-il perdre ces avantages lorsqu'il s'agit d'un utérus gravide? Ce serait pour le moins fort extraordinaire, et si les faits sont trop rares pour trancher la question d'une manière péremptoire, je crois cependant qu'on peut admettre que la réduction du pédicule garde dans ces circonstances les mêmes avantages que dans les autres.

On objecte que ces hystérectomies post-césariennes ont parfois un caractère d'urgence et qu'elles doivent être mises à la portée de tous les médecins. Je suis tout à fait d'avis que le médecin inhabile aux choses de la chirurgie qui se trouve dans la nécessité d'enlever un utérus après césarienne, fera sagement de s'en tenir aux méthodes les plus simples, à celles qui exigent le moins d'habileté.

Mais devons-nous régler la chirurgie sur ou pour la pratique de ceux qui ne sont pas chirurgiens? Je ne le pense pas. En appréciant la valeur d'une méthode, nous ne devons tenir qu'un compte très secondaire de la difficulté d'exécution.

Dans les rétrécissements cicatriciels du vagin, que faut-il préférer de l'opération de Porro, de l'hystérectomie supravaginale avec pédicule réduit ou de l'hystérectomie totale?

Cela dépend peut-être des cas!

Lorsqu'il existe une fistule vésico-utérine, je me demande si la réduction du pédicule ne présenterait pas de grands dangers. L'observation de Courant, dont j'ai déjà parlé, est bien faite pour nous inspirer des craintes. Sa malade avait une fistule vésico-cervicale qui se rouvrait à chaque grossesse. Pendant la troisième grossesse, l'enfant meurt à cinq mois, et des symptômes de cystite paraissent; l'urine est infectée. Les incisions vaginales n'ayant rien donné, Courant fait l'hystérectomie supravaginale avec fixation du pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, c'est-à-dire l'opération de Porro. Six jours après l'opération, l'urine coule par le moignon utérin. Cet écoulement s'est tari de lui-même et n'a eu aucun inconvénient. Mais si on avait réduit le pédicule, quelque soin qu'on ait mis à le traiter, on n'aurait pas été sûr d'empêcher cet écoulement et il aurait eu des conséquences funestes puisque l'urine était septique.

Aussi, dans les cas de fistule vésico-cervicale, la prudence me semble commander de s'en tenir au pédicule externe, surtout lorsque la vessie est infectée.

Que faut-il faire lorsque l'on opère pendant le travail? En général, c'est l'opération de Porro qui a été pratiquée. M. Lévêque est le premier à avoir fait l'hystérectomie totale, mais comme il nous le dit, il aurait préféré laisser un moignon de col, et il n'a pas su où il faisait exactement la section. Cela ne surprendra, Messieurs, que ceux qui n'ont pas fait d'hystérectomie pendant le travail.

J'ai pratiqué une hystérectomie abdominale chez une femme en travail pour un fibrome qui mettait un obstacle absolu à l'accouchement. L'observation a été publiée avec une statistique de ces interventions pour fibromes. Or, j'ai constaté comme M. Lévêque, comme tous ceux qui ont opéré dans ces conditions (1), qu'il est absolument impossible de distinguer, ni par l'œil ni par le doigt, le col du vagin. D'ailleurs, quand on opère pendant la grossesse pour des rétrécissements du vagin, peu importe qu'on laisse un moignon du col dilaté ou qu'on l'enlève, car, comme je l'ai déjà fait remarquer, dans l'un et l'autre cas, on met le foyer opératoire en communication avec un milieu septique. M. Lévêque a guéri sa malade, c'est fort bien, mais on ne peut pas dire que tout ait été pour le mieux; elle a présenté en effet des accidents septiques inquiétants pendant cinq jours, élévation de température avec un pouls très rapide, et au quatorzième jour il est encore survenu une alerte sérieuse.

Aussi, je me demande, sans vouloir trancher la question, si,

(1) Varnier et Delbet. *Annales de gyn. et d'obst.*, février 1897.

lorsque l'on opère pendant le travail, l'impossibilité de réaliser de bonnes conditions d'asepsie ne devrait pas conduire à préférer le traitement externe du pédicule malgré tous ses inconvénients.

C'est précisément pour cela qu'il me paraît préférable d'opérer dans les derniers jours de la grossesse, avant le travail. Alors, il est facile de laisser le col qui est encore fermé. En détruisant bien la muqueuse avec le thermo-cautère, en taillant de bons lambeaux qui permettent de faire sur le moignon un double plan de suture, on se mettrait à l'abri des accidents septiques et on ferait bénéficier la malade de tous les avantages du pédicule réduit.

En terminant, je tiens à féliciter M. Lévêque du beau succès qu'il a obtenu et je vous propose de lui adresser les remerciements de la Société pour la très intéressante observation qu'il nous a communiquée.

Discussion.

Sur la rachi-cocaïnisation.

M. Walther. — Je n'avais pas l'intention de parler dans cette discussion, pour laquelle je ne m'étais pas fait inscrire ; si je me permets de prendre aujourd'hui la parole, c'est que le hasard m'a permis d'observer ces jours derniers un fait qui me semble de nature à vous intéresser.

Voici cette observation, rédigée d'après les notes qui m'ont été remises par M. Pouliot, interne, et par M. Piérart, externe de mon service.

Samedi dernier, 25 mai, est entrée, dans la soirée, à l'hôpital de la Pitié, une jeune femme de vingt et un ans qni avait subi quatre jours auparavant une injection de cocaïne intra-rachidienne.

Il y a environ six semaines, elle avait vu se développer, à la vulve, des végétations, consécutives à un écoulement vaginal assez abondant.

Le mercredi, 22 mai, elle alla dans un service hospitalier où fut pratiqué le curettage des végétations. Vers 11 heures du matin, fut faite une injection de cocaïne intra-rachidienne ; la piqûre détermina une syncope, de courte durée d'ailleurs ; l'anesthésie fut complète pendant une demi-heure et la malade ne sentit rien de l'opération. Elle n'eut aucun accident et elle quittta l'hôpital immédiatement après l'opération, vers midi, sans qu'on eût eu besoin de lui faire d'injection de caféine, de lui faire prendre aucun cordial.

Après un quart d'heure de marche, elle éprouva de vives douleurs à la région épigastrique, puis, presque aussitôt après, des vertiges. Elle continua cependant à marcher; mais, au bout de quelques instants, elle ressentit de très violentes douleurs partant de la nuque et suivant toute la colonne vertébrale, ainsi que des fourmillements dans les jambes. Elle fut forcée de prendre une voiture pour rentrer chez elle. A ce moment, les vertiges avaient disparu, mais les douleurs épigastriques persistaient, accompagnées d'une violente céphalalgie occipito-frontale.

Dans l'après-midi, vers 6 heures, la malade fut prise de vomissements non alimentaires, bilieux, qui persistèrent, à raison de quatre ou cinq par jour, jusqu'au dimanche soir. Depuis le moment de l'injection, mercredi matin, la malade n'a pu prendre aucun aliment; jeudi matin et samedi elle a essayé de prendre un potage qui a été immédiatement rendu.

Constipation opiniâtre; pas de garde-robe depuis mercredi matin.

Insomnie absolue depuis le jour de l'opération; dans la nuit de samedi à dimanche seulement, la malade a pu reposer pendant deux heures environ. L'insomnie semble due à l'intensité de la céphalalgie et de la rachialgie, qui ont persisté sans interruption depuis le début des accidents.

Le dimanche, 26 mai, à la visite je trouvai la malade dans l'état suivant : Elle était couchée sur le côté, les jambes pliées, en chien de fusil; le décubitus dorsal auquel on essaie de la ramener ne peut être supporté à cause des douleurs qu'il provoque. Les vomissements ont cessé depuis hier soir. La céphalalgie a disparu à peu près complètement depuis ce matin.

A l'examen du dos, on trouve deux traces de piqûres situées, l'une exactement au niveau de l'interstice des apophyses épineuses de la 4e et de la 5e vertèbres lombaires, à 1/2 centimètre de la ligne médiane, l'autre à 1 centimètre au-dessous et à gauche; elles ne sont indiquées que par un petit point rouge, sans trace d'inflammation locale.

La malade se plaint d'une rachialgie très pénible qui semble avoir son maximum d'intensité dans la région dorsale. La pression sur les apophyses épineuses provoque une douleur très nette dans toute la région dorsale, surtout au niveau de la 5e, de la 6e et de la 7e dorsales, et dans toute la région occipitale.

La sensibilité des membres inférieurs est intacte.

Les réflexes patellaires et plantaires sont complètement abolis.

La raie vaso-motrice est très nette.

En faisant asseoir la malade, on ne trouve pas le signe de

Kernig; on note seulement une tendance au tremblement épileptiforme des pieds.

Dans cette position assise, on constate aussi une raideur marquée de la nuque, raideur qui paraît tenir à une contracture d'immobilisation, à cause de la douleur que réveille dans la colonne vertébrale le moindre mouvement de la tête; le mouvement de flexion de la tête en avant est surtout douloureux.

Si on fait lever la malade, on voit que les épaules sont relevées, le torse droit, tendu, la tête raidie, pour immobiliser la colonne vertébrale. La marche est difficile, à cause de la faiblesse des membres inférieurs et de cette raideur du tronc; la malade semble avancer tout d'une pièce et en titubant.

Je passe rapidement sur l'examen des organes génitaux, qui nous a révélé l'existence de végétations encore assez nombreuses, d'un peu de vaginite, d'une salpingite droite et d'un petit kyste de l'ovaire gauche.

Rien au cœur ni aux poumons. Urines normales.

Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, son état s'est sensiblement amélioré; les accidents vont en s'atténuant. La céphalalgie a disparu, mais la rachialgie persiste, moins intense, toujours très nette, avec son maximum dans la région dorsale. La raideur de la nuque existe toujours, les mouvements de flexion de la tête sont presque aussi douloureux que le premier jour. La marche est plus facile; les réflexes patellaires semblaient reparaître hier; ce matin, il m'a été impossible de les provoquer.

De quelle nature sont ces accidents? Quel nom leur donner?

La malade est une femme jeune, très vigoureuse, bien musclée, à téguments colorés, présentant toutes les apparences de la plus florissante santé; elle n'offre, dans ses antécédents, aucune tare d'affection quelconque, soit héréditaire, soit acquise. Aucune maladie dans l'enfance. Vers l'âge de douze ans, deux ans avant l'apparition des règles, elle fut seulement un peu nerveuse, impressionnable, eut même quelques pertes de connaissance, toujours provoquées par des émotions violentes, pertes de connaissance sans chute, sans cri initial, sans morsure de la langue. Ces troubles nerveux disparurent après l'établissement de la menstruation, toujours régulière, du reste, et qui ne s'accompagne que d'un peu de douleurs de reins.

Actuellement, on ne constate qu'une légère diminution du réflexe pharyngien; pas d'anesthésie, pas de zone hystérogène, pas de rétrécissement du champ visuel.

Nous ne pouvons donc mettre les accidents sur le compte de l'hystérie et, d'ailleurs, si un état nerveux particulier permettait d'expliquer les vomissements persistants, la céphalalgie intense

et durable, je crois qu'il ne saurait suffire à expliquer la rachialgie si intense et si tenace, la raideur de la nuque, la raie vaso-motrice, l'abolition des réflexes patellaires et plantaires, la titubation, la faiblesse des membres inférieurs.

Je dirai donc, comme on le fait en pareil cas, pour ces accidents de la cocaïnisation lombaire : méningisme. Cela ne veut pas dire grand'chose. Nous connaissons, nous avons surtout autrefois connu le péritonisme, et nous savons aujourd'hui par expérience ce qu'il faut en penser le plus souvent.

Il est certain qu'il y a eu ici, chez la malade dont je vous rapporte l'histoire, quelque chose dans les méninges ou dans la moelle, d'impossible, je crois, à déterminer d'une façon un peu précise dans l'état actuel de nos connaissances. S'agit-il de la persistance des troubles vaso-moteurs de la moelle qui ont été donnés comme l'effet constant de l'action de la cocaïne injectée dans les méninges? S'agit-il d'une lésion véritable, d'une irritation, d'une exsudation des méninges, d'une méningite légère, comme semblerait l'indiquer la persistance des accidents? Je ne saurais évidemment le dire. D'ailleurs, l'observation ultérieure de cette femme pourra peut-être nous éclairer sur quelques points, et je vous communiquerai la suite de son histoire.

Je ne voudrais pas que ma parole dépassât ma pensée et que cette communication pût être considérée comme l'expression d'une opinion dans la question de la cocaïnisation rachidienne. Je crois que, dans le débat qui nous occupe, il est avant tout nécessaire d'enregistrer des faits observés d'une façon précise, et c'est à titre de document que je vous apporte cette observation.

Il m'est d'autant plus facile de n'avoir sur la question aucun parti pris que je n'ai jamais fait moi-même d'injection intrarachidienne de cocaïne. Je n'en ai jamais fait, pour cette raison très simple que, jusqu'ici, je ne m'en serais pas laissé faire si j'avais eu à être anesthésié. Mais cela n'est qu'affaire d'impression, de sentiment, n'a rien à voir dans une discussion scientifique et doit s'effacer devant les faits.

En terminant, je voudrais insister sur deux points : chez ma malade, les accidents observés ne sauraient être attribués à une mauvaise technique, à une faute opératoire ; il est certain que l'injection a été pratiquée dans les meilleures conditions d'asepsie et par une main expérimentée. Enfin, ce fait nous montre avec quelle facilité peut être, en pareil cas, faussée une statistique ; le chirurgien qui a pratiqué l'injection, ayant trop tôt, depuis le moment de l'opération, perdu de vue la malade, pourrait, en toute bonne foi, compter dans sa statistique cette observation comme un succès à l'actif de la méthode et ne retenir comme acci-

dent que la petite syncope qni s'est produite au moment de la piqûre.

M. Kirmisson. — Il est absolument indispensable de faire remarquer que la malade dont M. Walther vient de nous parler a été renvoyée de l'hôpital chez elle, à pied, une heure après sa rachi-cocaïnisation. Eh bien, nous devons tous protester contre cette façon de faire. Voilà une méthode qui est à l'essai, et on la compromet par des oublis blâmables.

M. Reclus. — Je m'associe à la protestation de M. Kirmisson. L'anesthésie locale, comme l'anesthésie générale par la cocaïne, ne doivent être appliquées que dans certaines conditions déterminées de prudence et de surveillance.

M. Guinard. — La discussion sur la rachi-cocaïnisation touche à son terme : c'est ce qui m'engage à dire un mot sur un petit point de technique qui pourra peut-être améliorer les résultats de l'injection lombaire. Voici dans quelles conditions j'ai été amené à user de ce mode d'anesthésie pour lequel je n'avais, je dois l'avouer, aucun enthousiasme avant de m'en être servi. Mon collègue M. Widal m'envoyait il y a quelques jours une malade à qui je devais ouvrir une collection intra-abdominale. Et surtout, me faisait dire M. Widal, qu'on se défie du chloroforme, car la malade a un cœur en mauvais état avec une bronchite chronique, de l'emphysème... C'était une bonne indication de la rachi-cocaïnisation. Le résultat fut si parfait que je poursuivis pour sept opérations nouvelles l'anesthésie par voie lombaire. Je n'ai eu jusqu'ici aucun incident rappelant ceux qu'on a décrits au passif de la méthode, tels que la céphalée et les vomissements persistants. Mes opérations sont évidemment trop peu nombreuses et il s'agit peut-être là d'une de ces séries comme MM. Chaput, Tuffier, etc., en ont observé. Cependant je tiens à dire que j'use d'un petit détail de technique qui est peut-être pour quelque chose dans ces succès. Je me suis demandé si cette céphalée et ces vomissements ne sont pas dus à l'augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien quand on a injecté la solution de cocaïne. J'ai donc soin de laisser couler au dehors par l'aiguille une quantité de liquide égale à la quantité de liquide que je vais injecter dans le sac arachnoïdo-pie-mérien. Pour préciser, je laisse couler 40 gouttes de liquide avant de faire mon injection de quarante gouttes de solution de cocaïne. — Je ne prétends pas que cette simple petite précaution empêchera toujours tous les accidents, mais cela me paraît assez logique, théoriquement, de ne pas aug-

menter la pression dans le sac arachnoïdo-pie-mérien, et cela est si facile à faire qu'on ne risque rien d'essayer.

Un mot, en terminant, sur la technique de la ponction lombaire. J'ai eu une seule fois une véritable impossibilité à pénétrer dans le canal rachidien ; mes internes ainsi que M. Ravaut essayèrent après moi avec le même insuccès, lorsque M. Gadaud, mon interne, me donna l'idée de faire la ponction à gauche, et je fus frappé de la facilité avec laquelle j'entrai dans le sac sans toucher aux lames vertébrales. Cet homme est un cultivateur et il est probable qu'il a une scoliose de la colonne lombaire avec convexité tournée à gauche. En y regardant de près, on peut voir que cette scoliose à convexité tournée à gauche existe normalement. C'est une petite courbure de compensation normale en relation avec la scoliose dorsale à convexité à droite qu'on observe sur la colonne vertébrale. En somme, je crois que c'est à gauche qu'il faut toujours faire la ponction lombaire, en raison de cette légère scoliose normale qui écarte à gauche les lames vertébrales les unes des autres.

M. Tuffier. — J'ai posé devant notre Société la question suivante : La rachi-cocaïnisation, telle qu'elle est actuellement pratiquée, suivant ma technique, doit-elle être rayée du cadre de la thérapeutique chirurgicale, comme on l'a prétendu, ou doit-elle, comme je l'ai affirmé, prendre rang à côté de l'anesthésie locale et de l'anesthésie générale avec un champ d'action que l'expérience permet déjà de préciser ? Je remercie tous ceux qui ont bien voulu répondre si courtoisement à cet appel et apporter ici la contribution de leur expérience. J'y vois le témoignage de leur préoccupation scientifique pour cette grande et grave question de l'analgésie chirurgicale. Il résulte de leur témoignage que la rachi-cocaïnisation actuelle reste un moyen pratique d'analgésie qui, encore que nous cherchions à l'améliorer, a dès maintenant conquis droit de cité. Et je constate avec plaisir que ceux d'entre nous qui l'ont le plus largement expérimentée et qui la connaissent le mieux en sont précisément les plus résolus défenseurs.

Avec une remarquable impartialité, nos collègues Chaput, Nélaton, Schwartz, Ricard, Poirier, Lejars, Legueu, Guinard et Vincent nous ont apporté des documents singulièrement suggestifs, puisqu'ils sont l'expression même de leur pratique déjà ancienne et très étendue. Je dois joindre à ces travaux ceux de MM. Gervais de Rouville (de Montpellier), Delassus (de Lille), Kallionzis et Galvani (d'Athènes), qui, dans les consciencieux mémoires dont je suis le rapporteur, se déclarent partisans de la méthode dans la plus large mesure.

Les réserves qu'ils ont formulées, les objections qu'ils ont fait valoir sont sages et dictées par un pur esprit scientifique : je chercherai seulement à fortifier leur conviction, à les entraîner vers une plus large application de la méthode. Nos contradicteurs ont droit à toute notre gratitude ; ils nous ont, par leurs objections, épargné des échecs, et ils ont passé au crible de la critique des faits qui ne peuvent que gagner à un sincère contrôle dans lequel on ne voit poindre ni la passion, ni le dépit.

J'ai retrouvé comme adversaire M. Reclus, adversaire bien peu convaincu, car il n'a jamais fait autant de rachi-cocaïnisations que depuis qu'il a condamné la méthode à l'Académie. Il avait alors à peine une vingtaine de faits pour juger, et, après condamnation, il en apporte ici cinquante. Il n'a donc jamais fait plus de rachi-cocaïnisations que depuis qu'il l'a déclarée impraticable. En tous cas j'éprouve là une première et réelle satisfaction. Ne fût-ce que le plaisir d'avoir entendu un de ces brillants et trop rares plaidoyers dont il a le secret, que je m'estimerais heureux d'avoir provoqué cette discussion. C'est à lui que je veux d'abord répondre, et cela pour plusieurs raisons. Vous avez été mon maître, il y a quelque vingt ans, et les traits de votre discours, tout en visant uniquement, je n'en doute pas, la méthode, ont dévié, ont ricoché jusqu'à moi ; ce seraient, venus d'un autre, des arguments personnels. Je vous prie, néanmoins, de ne voir ici qu'un de vos élèves uniquement désireux de faire votre conversion et de l'amener à sa foi.

Vous m'avez à tort accusé devant l'Académie de n'avoir pas, dans mon mémoire, « donné trace » des accidents graves de la cocaïnisation lombaire, et votre parole, très écoutée à une tribune très retentissante, eût pu prêter à quelque malveillante interprétation. Or, il n'est pas une des variétés d'accidents signalées par vous ou par mes collègues, que je n'aie indiquée avec son origine et sa fréquence, et j'ai donné en pâture à mes contradicteurs le seul cas de mort discutable, mais qui pût être imputé à la méthode. Je l'ai indiqué toutes les fois que j'ai parlé de ma technique ; à tel point que, l'ayant signalé six fois, un auteur américain n'hésite pas à m'attribuer six cas de mort. J'ai prié instamment tous les médecins de publier leur léthalité et, pour lever tout faux scrupule, je me suis déclaré d'avance seul responsable de leurs échecs. Je tiens donc à ce qu'il soit bien entendu que je n'ai été ni « timide, ni confus, ni paresseux », et qu'aucune de mes pièces n'a été soustraite au dossier de l'Affaire.

Je vous trouve injuste de déposséder Corning de son mérite. Dans une première expérience de 1885, il a établi la méthode

épidurale (1), reprise quinze ans plus tard par M. Cathelin, ainsi que vous le dirait mon collègue Lejars et comme vous l'admettez. Vous commettez une erreur en écrivant que Corning n'alla pas plus loin. Lisez son livre *The Pain* (2), et vous verrez qu'il essaya aussi la cocaïnisation sous-durale « à la surface de la moelle, » et qu'il réussit à anesthésier un homme. Dans la suite, il perfectionne sa méthode et arrive à conclure que la cocaïne doit être déposée sur la « cauda equina » ; il étudie les zones d'anesthésie, il voit qu'il s'agit d'une *analgésie* pure et simple, qu'elle remonte à l'ombilic, qu'elle a des inconvénients qu'il signale, et il demande aux chirurgiens d'employer cette méthode : n'est-ce pas là tout ce que nous avons répété ? Vous ne pouvez vraiment pas approuver ceux qui ont écrit sur la question d'avoir fait table rase de recherches et d'appels auxquels il n'a manqué que d'être entendus. Je sais bien que vous devez défendre le mérite univoque de Bier. Vous le sacrez à Paris souverain d'un nouveau domaine et il vous répond, dans une lettre que vous avez rendue publique, que vous êtes « le maître de l'anesthésie par la cocaïne » : c'est un échange de bons procédés. J'espère cependant que le commencement de cette lettre, désormais célèbre, est plus exact que la fin. Vous annonciez, pour le 11 avril 1901, une découverte si sensationnelle que vous ne vous croyiez pas le droit de la garder pour vous seul. Vous adjuriez nos collègues de ne pas suivre les faux prophètes et d'attendre la lumière : la vérité était en marche. Vous avez été, comme nous, profondément et tristement déçu, en apprenant que cette prétendue découverte n'existait pas ou plutôt qu'elle consistait à renouveler, par la striction du cou, l'analgésie des temps hippocratiques.

Vous vous donnez beaucoup de peine ensuite pour démontrer que je n'ai rien inventé en cette question. Vous avez tort et vous ne convaincrez personne. En voulez-vous la preuve? Regardez ce qu'était dans le monde entier la question de l'analgésie rachidienne quand je l'ai prise ; comparez-la à ce qu'elle est aujourd'hui et vous serez convaincu que, sans nos études, elle aurait eu le même sort que celle de Corning; lisez les comptes rendus des discussions générales qui ont eu lieu un peu dans tous les pays — j'en tiens douze à votre disposition, — et vous constaterez, avec grand plaisir, j'en suis sûr, que les travaux faits à Paris, dans mon service, sont partout cités et partout reconnus comme l'origine du mouvement scientifique actuel. Prenez même la mono-

(1) Corning. Spinal anœsthesia and local medication of the cord, *New-York medic. journal*, 1885, vol. XLII, p. 483.

(2) Corning. *The Pain*, New-York, 1894.

graphie allemande la plus complète, celle de Hahn, qui vient de paraître, et qui ne peut être accusée d'une tendresse particulière pour nous; vous y lirez, en matière de conclusion d'une longue et patiente analyse historique, que l'auteur, tout en défendant son compatriote — leçon bonne à suivre — accepte la désignation de « méthode de Bier-Tuffier ». Ne soyez donc pas moins équitable que les Allemands eux-mêmes.

Vous répétez, comme preuve de la non-valeur de nos travaux, que « l'effort intellectuel n'a pas dû être excessif ». Là je vous donne mille fois raison. C'est par hasard, en voulant calmer les douleurs atroces d'une sciatique chez un malheureux jeune homme atteint d'un ostéo-sarcome du bassin, que j'ai injecté dans son canal rachidien une solution de cocaïne, et que j'ai eu l'occasion de constater et d'analyser les effets analgésiants superficiels et profonds de ces injections. Le même hasard, — voyez comme il me favorise! — m'a fait trouver le lendemain un autre ostéo-sarcome, celui-là opérable, et que j'ai eu l'idée d'enlever pendant l'analgésie ainsi obtenue : le succès fut complet. L'effort n'avait pas été grand, mais je vous affirme que j'ai eu là l'émotion la plus vive que j'aie jamais ressentie dans ma vie de chirurgien. Enfin, pour bien marquer notre infériorité, vous dites très justement que je ne suis arrivé que « bon troisième » dans cette histoire. Peut-être n'était-ce pas à vous à le faire trop remarquer : je n'étais guère préparé à cette découverte par mes études sur la cocaïne; mais vous, qui depuis quinze ans contemplez la cocaïnisation locale sans, dites-vous, avoir pu même faire un élève, ce qui est la condamnation la plus nette de l'extension que vous avez voulu donner à cette méthode, comment n'avez-vous pas eu l'idée d'agir sur les racines rachidiennes et de faire cet effort intellectuel qui n'a pas dû être excessif? Votre reproche m'a tout l'air de votre excuse.

Mais laissons là tout cet historique, ces anecdotes, ces polémiques qui n'intéressent que la galerie et ne font pas avancer la question. La méthode qui nous occupe mérite mieux. J'ai eu pour ma part — et vous tous ici qui connaissez ces satisfactions scientifiques, vous me comprendrez — j'ai eu tant de plaisir à l'étudier, à la perfectionner, à en préciser la technique, à chercher le mécanisme de son action sur les racines rachidiennes, puis son influence sur les grandes fonctions organiques et enfin à suivre son évolution et sa fortune dans le monde chirurgical, puis dans celui des accoucheurs et des médecins de tous les pays, que si j'avais sur elle quelques droits, je les abandonnerais de grand cœur.

I. — De l'ensemble de notre discussion, il résulte que la TECHNIQUE que j'ai proposée : titre de la solution, instrumentation, points de repère, position du sujet, mode d'injection, a été adoptée par la presque unanimité de nos collègues. Il en est de même des chirurgiens et des accoucheurs des autres pays. Je n'ai donc aucune retouche à faire ici ; je vais seulement relever quelques objections.

Après avoir essayé la cocaïne *autoclavée*, je reste un peu perplexe devant les faits cliniques de M. Nélaton et devant les expériences de Carrion et de Merck (de Darmstadt) qui affirment à nouveau une légère altération de l'alcaloïde à 120°. Les injections sous-cutanées qui donneraient de bons résultats avec ce mode de stérilisation ne prouvent pas que le produit employé soit pur; quelques milligrammes de benzoïl ou d'eckonine, injectés sous la peau, ne changeront pas les résultats. C'est là une méthode d'appréciation trop grossière. Tout autre est leur importance dans les injections sous-arachnoïdiennes : les racines nerveuses sont des réactifs autrement sensibles et il suffit d'un milligramme de morphine injecté à leur niveau pour produire des troubles très graves. Une adultération, si légère qu'elle soit, du liquide analgésiant peut fausser complètement les résultats. Aussi, jusqu'à complète entente des chimistes, en resterai-je, pour plus de certitude, à ma premiere méthode de *tyndallisation* ou de *filtration*, imité en cela par la plupart de nos collègues.

Pour l'*injection* on a proposé de se servir d'une aiguille à mandrin ; je préfère *l'aiguille ouverte*. Dans l'immense majorité des cas elle permet de s'arrêter dès que l'espace dural est traversé, le liquide céphalo-rachidien venant perler tout de suite à son extrémité. Si ce liquide n'apparaît pas, ajustez la seringue, poussez une goutte de solution et vous verrez, en enlevant la seringue, s'échapper le liquide attendu. L'aiguille obturée, dont j'ai l'expérience, néglige un signe capital : l'issue du liquide céphalo-rachidien ; elle risque de pénétrer trop loin dans le sac dural, car il ne faut pas trop se fier à la sensation d'un espace libre, sur laquelle Legueu a bien fait d'insister, ni surtout la rechercher : promener la pointe d'une aiguille dans le canal rachidien serait un grave danger. — Que vous dirai-je de la *difficulté de la ponction?* Les médecins la pratiquent constamment, je ne puis la croire entourée de mystères pour un chirurgien. Nos collègues Legueu, sur 150 cas, Nélaton, sur 120 opérés, n'ont pas trouvé de difficultés, et je plains Marx d'avoir franchi l'Atlantique pour voir mon procédé et de revenir en Amérique moins expert que ses collègues accoucheurs français. Si la seconde ponction ne réussit pas, ne prenez pas le dos de votre malade pour une pelote

à aiguilles et changez de méthode. J'ajoute que, cette ponction faite, *vous n'avez pas besoin d'aide spécial* pour l'anesthésie, et c'est là un précieux avantage que nombre de nos confrères de province ont largement apprécié et que nos collègues de l'armée pourront adopter.

En ce qui concerne l'ANALGÉSIE obtenue, elle *débute* souvent par les organes génitaux. C'est Racoviceanu (de Bucarest) qui a signalé le fait et c'est Vulliet (de Lausanne) qui en a donné l'explication anatomique, appuyée d'une figure très démonstrative; il paraît qu'un schéma *embryologique* de M. Brissaud confirme également ce fait.

L'étendue de l'analgésie est variable. J'ai donné le nombre et le genre des opérations que j'ai pratiquées sur l'abdomen et sur le poumon; mon collègue Chaput, M. Vincent et M. Denis (d'Alger) nous ont dit leurs succès dans la chirurgie du thorax, et, comme aucun discours ne vaut un fait, vous pouvez voir ici les photographies d'une opération de kyste hydatique du poumon où, pendant toute la durée de la pneumotomie, vous suivrez le chirurgien et les traits de l'opéré. J'ai pratiqué des énucléations de fibromes multiples devant Reverdin (de Genève), devant Laudau (Berlin). J'ai fait des gastro-entérostomies, des entéro-anastomoses, des néphrectomies devant Murphy, Weir, Mayo, Robson, Hoffa, Hingston, Goubarow, Sneguireff, Delassus (de Lille), Stouffs (de Namur), et bien d'autres. Je ne reviens donc pas sur tout ce que je vous ai dit à cet égard. Mon collègue Chaput a vu une analgésie du corps entier; j'ai observé et rapporté deux fois le même fait. Vous en trouverez un exemple dans le mémoire récent de Bainbridge et, chose curieuse, ces analgésies ne s'accompagnent et ne sont suivies d'aucun incident spécial.

La *constance de l'analgésie* est plus importante. Elle peut manquer: nous en avons tous vu des exemples. *Est-ce la faute du malade ou celle du chirurgien?* Le coefficient individuel, l'idiosyncrasie ou, plus simplement, la réaction individuelle, existent incontestablement; mais ils ont bon dos; ce sont des échines complaisantes qui portent bien souvent les fautes du seul opérateur. Je vous ai cité le cas d'une cocaïne douteuse, employée sans succès: idiosyncrasie, disait-on autour de moi; or une nouvelle piqûre d'une autre solution avait raison du prétendu réfractaire. Il y a quelque temps, dans mon service de Beaujon, je veux explorer un malade atteint de polyadénome malin du rectum et du gros intestin et chez lequel le toucher provoquait d'atroces douleurs. Je fais rachi-cocaïniser ce malade par mon interne, M. Chifoliau; l'injection est correctement faite, mais l'analgésie

fait totalement défaut. Encore l'idiosyncrasie ! Je prie le même interne de faire le même soir, avec la même solution, une nouvelle piqûre : cette fois l'analgésie est parfaite ! Mais ce qui rend ce fait plus intéressant encore, c'est que ce même malade dut subir ultérieurement la même analgésie pour l'établissement d'un anus contre nature et l'ablation abdomino-périnéale du rectum : je fis moi-même l'injection lombaire et j'échouai une première fois pour réussir la seconde. — Voici, je crois, le mécanisme de ces insuccès. Lorsque votre aiguille est dans le rachis, le liquide céphalo-rachidien s'écoule ; vous ajustez alors la seringue. Dans ce mouvement, si votre main gauche ne fait pas bien corps avec le dos du malade, si vous faites le moindre mouvement instinctif pour rapprocher l'aiguille de la seringue, votre main gauche oscille légèrement et l'aiguille sort légèrement, elle quitte l'espace sous-dural, et si vous poussez le liquide analgésiant, il pénètre certainement, mais en dehors du sac dural et vous n'avez pas trace d'analgésie. Je ne vois pas d'autre explication possible pour ces faits où deux injections de suite produisent des effets diamétralement opposés. Je conclus que pour admettre qu'un malade soit *réfractaire*, il faut au moins avoir renouvelé l'injection ; sinon ce n'est pas le malade, c'est le chirurgien que j'accuse de l'insuccès. Je ne nie pas l'idiosyncrasie, mais je la crois rare.

Mon collègue Schwartz redoute ces réfractaires, surtout en ville : je tiens à le rassurer. Pour ma part, je ne fais aucune distinction entre mes procédés hospitaliers et mes procédés de pratique privée, et si je crois un malade justiciable de l'analgésie par voie lombaire, je la lui propose. Je dois dire que je n'ai jamais échoué dans mes opérations pratiquées en dehors de l'hôpital, et l'argument qui faisait hésiter M. Routier : « le malade en ville assiste à son opération », est ici sans valeur. Les malades, qui savent très bien ce qui se passe, n'ont pas l'émotion ni l'anxiété de nos opérés de l'hôpital. J'ai fait ainsi des néphrectomies, des lithotrities, des énucléations de fibromes, des hystérectomies vaginales, des résections de genou avec un plein succès. La seule nécessité impérieuse est de *se taire pendant l'opération*, et cela aussi bien à l'hôpital qu'en ville ; mais c'est pour moi un principe absolu, même avec l'anesthésie générale, et si l'anesthésie lombaire avait l'avantage de rendre les opérateurs moins bavards, ce serait, je crois, tout bénéfice pour le malade et souvent même pour le chirurgien.

La durée de l'anesthésie a suffi à toutes nos opérations. Je vois que nos collègues Chaput, Nélaton, Schwartz, Ricard, Lejars, Legueu, Routier ont eu le même succès. Ils n'ont pas vu ces analgésies boiteuses n'arrivant péniblement au champ opératoire qu'après le

départ du chirurgien et du malade. Ce que j'ai vu, rarement il est vrai, c'est que, dans les vieilles tumeurs blanches, dans ces anciennes ostéomyélites avec atrophie extrême des membres, qui s'accompagnent de névrites ascendantes remontant jusque dans les racines médullaires, l'analgésie survient plus lentement : il semble que la sclérose *retarde* la pénétration du liquide analgésiant. Aussi je prends bonne note de la vaine mais intéressante tentative de M. Guinard d'analgésier un homme atteint de méningo-myélite infectieuse.

Je regarde donc l'analgésie comme *constante* et *suffisante*, autant que ces expressions peuvent être vraies en clinique.

Le fait capital dans les SUITES DE L'ANALGÉSIE rachi-cocaïnique a été bien mis en relief par le lumineux exposé de mon collègue Nélaton : c'est la variabilité des incidents observés. La réaction individuelle reprend ici tous ses droits, comme dans tous les phénomènes biologiques. Vomissements, céphalée, hyperthermie, varient avec chaque malade : cela est vrai et je l'ai toujours dit. Mais ce que la présente discussion démontre jusqu'à l'évidence, c'est l'absolue bénignité de ces accidents, quelque pénibles ou prolongés qu'ils puissent être. Sur ce point j'ai cherché la vérité absolue ; je me suis déclaré responsable de tous les accidents définitifs, de tous les cas de mort qui auraient pu survenir. J'espérais ainsi faire sortir ces désastres dissimulés derrière cette prétendue confusion ou cette malheureuse timidité. Or pas un fait nouveau n'a été apporté; je n'ai pas lieu à reviser ma première opinion.

Force est donc de faire une moyenne de nos accidents et de les comparer à ceux que présente l'analgésie générale. Voici ce qu'en a écrit l'impartialité de mon collègue Nélaton : « Dans les deux tiers des cas tous ces phénomènes furent en somme très bénins, très légers et infiniment moins désagréables que ceux observés souvent à la suite de l'anesthésie chloroformique. » — Pour établir le parallèle entre les suites de l'anesthésie générale et celles de l'analgésie rachidienne, il serait nécessaire, comme je vous l'avais exposé dans mon premier discours et comme mon jeune collègue Legueu l'a si brillamment fait pour ses débuts à cette tribune, de verser aux débats, en face des accidents cocaïniques, la morbidité pendant et après l'anesthésie générale. Cette morbidité, nous l'avons amplement pour la rachi-cocaïnisation ; nous ne l'avons pas pour l'éther ou le chloroforme.

Pendant l'opération, les phénomènes de *pâleur de la face*, *de variations du pouls*, *de transpirations*, *de malaise général*, *d'anxiété respiratoire*, qui d'ailleurs ne sont pas constants, sont dus à l'état nauséeux du malade qui peut accompagner l'analgésie ;

ils rappellent le mal de mer, et il suffit d'être prévenu pour les regarder sans plus de craintes. Ils ont effrayé M. Ricard et M. Routier, et je le comprends, car j'ai éprouvé la même inquiétude avant d'avoir compris leur origine. Mais n'avez-vous pas eu la même anxiété en voyant la face vultueuse, congestionnée, violacée, la bouche écumante et le ronchus trachéo-bronchique, les mouvements de défense souvent si violents des éthérisés? Ils ne vous inquiètent plus parce que vous en avez l'habitude. — Les *nausées* qui surviennent ne constituent vraiment pas un danger. Elles peuvent gêner pendant les seules opérations sur l'abdomen, cela est très vrai, mais il est exceptionnel qu'elles persistent; il suffit de recommander aux malades de faire de larges inspirations pour dissiper cet accident. Après l'opération, leur persistance est exceptionnelle (1 p. 100); c'est ce qui ressort de l'ensemble de nos observations. La *paralysie du sphincter anal* serait gênante dans les opérations sur le périnée: il me semble que rien n'est plus simple et plus aseptique, pour s'en défendre, que de mettre un tampon aseptique dans l'anus.

La *céphalée post-opératoire* constitue le symptôme le plus pénible et je n'ai cessé de le répéter depuis dix-huit mois et d'en étudier les modalités; mais elle ne revêt une forme prolongée et rebelle que dans des cas rares (2 p. 100 environ) et il suffit de savoir qu'elle peut exister, même violente, avec cette photophobie et cette attitude des migraineux, pour ne pas lui accorder la valeur d'une méningite, de même que les vomissements chloroformiques, même intenses, sont bien connus et ne nous font pas craindre une péritonite. Et je puis vous dire que les recherches faites à mon instigation dans mon service par M. Sicard ont bien prouvé qu'il n'existe pas là trace d'irritation méningée. L'imperméabilité à l'iodure, la cytologie l'ont absolument démontré. Il semble que rien ne soit plus facile que de combattre cette migraine; il n'en est rien. L'antipyrine, l'analgésine et leurs dérivés réussissent rarement, une nouvelle ponction lombaire est sans effet, le bromure, la morphine, l'oxygène sont inconstants dans leurs effets; le café, le thé, l'alimentation, un purgatif, sont ce que j'ai trouvé le plus efficace. A cet égard, méfiez-vous des *séries heureuses* : j'ai vu à Lariboisière, pendant deux mois, des malades n'avoir aucun accident : sur une centaine d'anesthésies, je n'avais pas vu de vomissements et de céphalée persistante et je croyais vraiment que ces accidents avaient déserté. Une nouvelle série de malades, opérés plus tard, fut moins heureuse. Il est certain que le repos complet est le meilleur moyen de combattre ces incidents et la malade de M. Walther dut certainement à sa sortie prématurée les troubles qu'il nous a rapportés et qui comportent leur enseignement.

Tout ce que j'ai établi pour *l'hyperthermie*, son mode d'apparition, sa fréquence, son évolution, sa durée, sa bénignité, a été accepté et confirmé dans cette discussion.

Pour juger de la GRAVITÉ DE CETTE MÉTHODE, nous avons deux moyens : l'un, théorique et scientifique, c'est l'étude des perturbations organiques que la rachi-cocaïnisation provoque dans les grands appareils et dans les fonctions de l'économie ; l'autre, pratique, c'est l'étude de sa mortalité.

Nous savons que le chloroforme altère profondément le système nerveux et l'appareil rénal, nous reconnaissons tous que l'éther provoque des troubles circulatoires généraux voisins de l'asphyxie et des altérations souvent persistantes de l'appareil broncho-pulmonaire. La cocaïnisation sous-arachnoïdienne porte uniquement son action sur le système nerveux, elle frappe les seuls conducteurs de la sensibilité à la douleur dans les racines rachidiennes, elle diffuse en quantité très minime sur la moelle ou la région centrale supérieure. C'est ce que nos recherches avec Hallion, confirmées par les travaux très minutieux de Lépine, ont établi. Les troubles organiques qui accompagnent cette analgésie sont donc dus à des troubles des fonctions nerveuses. C'est là l'origine de cette anxiété, de ce malaise, de ce vertige, de ces nausées, de ces transpirations, de tout ce cortège symptomatique, toujours désagréable, souvent pénible, que je ne puis mieux comparer qu'à un mal de mer de quelques minutes. Ces accidents passent plus ou moins vite, sans laisser aucune trace.

En dehors de ces troubles du système nerveux, quelles sont les perturbations des grands appareils? J'ai étudié à cet égard les fonctions du cœur, du poumon et de l'appareil urinaire. Le *cœur* n'est touché que dans son rythme, et cela rarement; l'*appareil respiratoire*, pendant et après l'analgésie, ne présente pas trace d'altération. Bronches et vaisseaux restent indemnes. Les *fonctions rénales* ont été étudiées par moi-même dans soixante observations où j'ai enregistré parallèlement : le genre d'opérations, la température des malades toutes les deux heures, leur alimentation, les accidents observés, céphalée, vomissements, la quantité des urines, leur teneur en sucre, en albumine et en urée, leur point cryoscopique; je poursuis en ce moment avec Castaigne l'élimination du bleu dans ces mêmes conditions; toutes ces recherches concordent dans le même sens. Aucun anesthésique ne respecte aussi parfaitement le filtre rénal. Tel est, Messieurs, le bilan scientifique de la cocaïnisation.

Reste le côté pratique, le point capital de la question : la MOR-

TALITÉ de la méthode. Vous comprendrez combien grande fut mon anxiété quand M. Reclus déclara devant l'Académie qu'il existe 6, peut-être 7 ou même 8 cas de mort. Si faible que fût la part qu'il me laissait dans la création, le perfectionnement et l'adoption de la méthode, je n'en sentais pas moins une lourde responsabilité. Fort heureusement, la lecture des textes m'eut vite rassuré et il ne me resta aucun doute que ces chiffres étaient exagérés. J'ai obtenu de ce côté toute satisfaction, puisque M. Reclus, admettant mes conclusions au point de vue de l'anesthésie générale, n'en retient réellement plus que 3; 2 ne sont pas sérieusement discutables; le cas de Henneberg, dans lequel on n'a jamais injecté de cocaïne et où les adhérences rachidiennes provoquées par une méningite tuberculeuse expliquent un hématome qui n'a rien à voir dans la mort du malade, ainsi que l'autopsie l'a prouvé. Je le renvoie donc à la lecture de la discussion qui a suivi la présentation de ces pièces à la Société de médecine de Berlin (nous ne discutons pas ici les indications de la ponction lombaire, mais celles de la cocaïnisation). Dans le cas de Julliard, un anévrisme de la sylvienne se rompit pendant l'opération. A qui ferez-vous croire que la congestion si intense de l'éthérisation eût empêché pareil accident? Il n'y a même pas pour ces observations à invoquer ni subtilité d'esprit ni dialectique. Dumont (de Berne) opère un malheureux tuberculeux qui n'en peut mais; son malade fait pendant six jours 39 et 40 degrés, il meurt enfin, et l'autopsie montre une tuberculose généralisée avec intégrité des méninges cranienne et rachidienne. Croyez-vous par hasard que l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme l'auraient sauvé? Mais vous n'auriez même pas eu l'idée d'incriminer l'anesthésique dans la marche de ces accidents! Quant aux autres faits, je maintiens tout ce que j'ai dit de Goïlav et de Jonnesco. Je suis prêt à m'incliner devant un fait, mais au moins qu'il soit démonstratif. Qu'on me prouve qu'il n'existe aucune lésion viscérale antécédente capable d'expliquer la mort, et que les symptômes observés sont bien d'ordre cocaïnique. Or, dans les observations où l'autopsie est rapportée, on trouve des lésions viscérales si graves qu'elles contre-indiquaient toute espèce d'intervention. Cela s'applique également au cas de Drageschu dont parle Hahn. Je ne demande ici que ce que nous demandons tous et toujours pour établir l'origine d'un fait clinique. Quand j'ai perdu un malade dont les lésions viscérales étaient tellement graves que je le gardais depuis plusieurs semaines dans mon service sans vouloir l'opérer, je fus, cela va de soi, fort ému, et mon premier soin fut de chercher si la cocaïnisation rachidienne provoquait des accidents du côté du poumon. Nous nous fîmes

un devoir, mes élèves et moi, d'ausculter nos malades toutes les deux heures le premier jour de l'opération, puis tous les jours, et nous pouvons affirmer qu'aucun analgésique ne respecte mieux la circulation et les fonctions pulmonaires.

Comment se fait-il que dans tous ces cas de mort que vous signalez, il n'y ait pas une observation française? Vraiment la chirurgie roumaine est malheureuse de perdre trois malades sur deux cents opérations faites en ce pays, alors que vous venez d'apporter plus de mille cas sans accident grave. Comment se fait-il que dans les deux seules autopsies pratiquées, on n'ait pas relevé la moindre altération des méninges ou du cerveau et qu'on ait trouvé des lésions viscérales graves capables d'expliquer à elles seules l'issue fatale? Il existe, dites-vous, des accidents progressifs établissant une transition entre ces accidents et la mort. Ce ne sont pas ceux que vous présentez. Voyez-vous cet héroïque lavement d'eau salée dans lequel mourait le malade d'Anderson insensible? Montrez-moi donc des observations de congestion pulmonaire, des apoplexies des centres nerveux, des malades ayant eu pendant quatre jours 40 degrés par cocaïnisation? Je ne nie pas les cas de mort, il y en aura toujours et par toutes les méthodes, mais l'analgésie cocaïnique rachidienne est à coup sûr celle qui me paraît la moins dangereuse. Elle a été faite par des inexpérimentés, médecins, chirurgiens et accoucheurs, et je trouve vraiment qu'elle a donné à l'essai un rendement qui mérite l'exploitation.

J'ai mis à l'épreuve ce procédé dans des cas vraiment lamentables. J'ai opéré une femme anurique depuis trois jours et n'ayant qu'un seul rein (elle avait été néphrectomisée quatre ans auparavant), et cela de parti pris, sachant l'effet de la rachi-cocaïnisation sur l'excrétion urinaire. Nous avons soumis à la même méthode des malades atteints de hernie étranglée et absolument froids, des cachectiques, des écrasés exsangues tels que les chemins de fer nous les livrent et chez lesquels l'hémorragie nécessitait une intervention immédiate. J'ai pris, en un mot, tous ces malades que les anesthésiques généraux tuent plus souvent qu'on ne le dit. Les résultats que j'ai obtenus ont été vraiment remarquables, et l'impression qui se dégage de plus de *cinq cents cas*, c'est que l'absence de shock, l'absence de vomissements, le rétablissement rapide des opérés en font un remarquable procédé d'analgésie, et je suis tellement convaincu de sa bénignité que je demande à ceux qui désirent nous suivre, de nous réserver ces mauvais cas.

Conclusions. — Messieurs, j'ai suffisamment rendu compte de vos opinions, peut-être même me reprocherez-vous d'avoir trop

exposé les miennes. Mais j'ai été tellement vilipendé pendant ces dix-huit mois, le terme de « criminel » étant des moindres, que j'avais le droit de me défendre. Je regrette seulement que ceux qui m'ont attaqué dans des tribunes où je ne pouvais leur répondre ne soient pas venus ici présenter leurs doléances : je me serais fait un vrai plaisir d'examiner la valeur de leurs prétendus documents ; j'espère que l'occasion se représentera, mais, pour le moment, il est l'heure de conclure. Pour ce faire, je maintiendrai intégralement les conclusions que j'ai formulées à l'Académie et ici même. *L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne doit rester dans le cadre chirurgical, et sa place est nettement marquée entre l'anesthésie générale et l'anesthésie locale.*

Reste à déterminer *son champ d'action,* et sur ce point nous pouvons encore nous entendre. Je n'ai eu d'autre but, dans mes cinq cents opérations actuelles, que de démontrer jusqu'où *pourraient* être reculées les limites de l'analgésie par voie lombaire, et j'ai prouvé que toute la chirurgie des membres supérieurs de l'abdomen et du thorax pouvait être faite sous son couvert et sans accident. Et la statistique intégrale de toutes les opérations que j'ai pratiquées sur les membres inférieurs, les organes génitaux, l'abdomen et le thorax, prouve son innocuité, car je vous demande d'apporter ici des résultats très sensiblement meilleurs : 2 1/2 p. 100 de mortalité. Est-ce à dire que l'on *doit* agir ainsi, que c'est là la méthode de choix ? Je n'ai jamais soutenu pareille opinion : dès mon premier mémoire de 1899, j'ai exclu les nerveux, les enfants, les pusillanimes ; mais si, pour exécuter une des opérations précédentes, les anesthésiques généraux sont contre-indiqués, vous avez dans la rachi-cocaïnisation un succédané efficace : l'observation de M. Gérard-Marchant est le meilleur exemple que je puisse citer de cette indication.

Voici, je crois, actuellement ses indications *générales* et ses indications *spéciales.*

Je partage l'opinion de Chaput, de Nélaton, de Schwartz, de Lejars, sur son indication dans tous les cas où une affection *viscérale,* congestion pulmonaire, emphysème, lésion rénale, lésion cardiaque, rend l'anesthesie générale particulièrement dangereuse. Les indications *spéciales* s'étendent aux interventions sur tout le membre inférieur, les organes génitaux de la femme et de l'homme et l'appareil urinaire tout entier. Mais dans ce secteur anatomique, l'universalité des lésions est-elle justiciable de la méthode? Mon collègue Nélaton lui réserve les seules opérations bien réglées et qui ne peuvent donner de surprises ; il rétrécit trop son cadre, à mon avis. J'ai pratiqué toutes les opérations sur le membre inférieur, y compris plusieurs résec-

tions du genou, avec un parfait résultat; mes collègues Schwartz, Chaput, Lejars, Legueu, Vincent, Denis (d'Alger) ont eu les mêmes succès. Les opérations sur l'arbre urinaire, lithotritie, extirpation de tumeur, exploration de cystite douloureuse, cathétérisme de l'uretère, néphrotomie, néphrectomie, sont souvent plus facilement et plus sûrement exécutées sous la cocaïnisation que sous la chloroformisation.

La chirurgie des organes génitaux de la femme par voie vaginale relève de ce mode d'analgésie : tous nos collègues l'ont établi. La chirurgie abdominale, dans ses opérations simples, cure radicale, hernie étranglée, appendicite, hystéropexie, peut être facilement exécutée. J'ai opéré 5 gastro-entérostomies, 13 énucléations de fibromes, 45 opérations sur l'utérus et les annexes par voie abdominale, mais je comprends les craintes de mes collègues Schwartz, Nélaton et Legueu, et les vomissements qui peuvent, ne fût-ce qu'une minute, gêner l'opérateur, peuvent rendre la méthode inférieure à l'analgésie générale; et c'est cet unique incident qui peut la faire rejeter; le jour où il disparaîtra, la contre-indication s'éteindra. Pour moi, ces nausées ne me gênent pas (Delassus et Vincent sont dans le même cas); je fais maintenir bien libre mon champ opératoire et je continue mon opération; le plus souvent, quand j'ai terminé, mon opéré est en parfait état, — l'orage est passé. Quant à la chirurgie pulmonaire, elle bénéficiera notablement de l'analgésie par voie lombaire.

Notre présente discussion nous montre que le règne d'un agent anesthésique, maître unique, omnipotent, de toute la chirurgie, a vécu, et ainsi le veut le progrès; nous voyons se lever une ère nouvelle où un heureux éclectisme classera les analgésiants suivant leurs indications : éther, chloroforme, rachicocaïnisation, analgésie locale auront leur domaine bien défini. Si je considère que notre nouvelle méthode n'a pas deux ans d'existence, qu'elle a passé dans toutes les mains, et dans des mains toutes expérimentées, qu'on lui a réservé les mauvais cas, qu'elle a fait le tour du monde, et que la majorité de ceux qui l'ont largement essayée et qui ont seuls le droit d'en parler lui reconnaissent un cadre plus ou moins vaste, je serais injuste parfaitement et ingrat si je n'étais pleinement satisfait du chemin parcouru. Je ne doute pas qu'avec quelques légers perfectionnements — et son extension permet de les espérer — son avenir ne soit assuré pour le plus grand bien et la plus grande sécurité des malades.

Statistique personnelle des opérations sur l'abdomen et le thorax.

I. — **Hernies** (66 opér.).

1° *Hernies inguinales.* 57 cures radicales, dont : 5 étranglées, 3 doubles, 1 double compliquée de varicocèle gauche, 1 compliquée d'ectopie testiculaire inguinale.

2° *Hernies crurales.* 6 cures radicales, dont : 2 hernies simple, 4 hernies étranglées.

3° *Hernies ombilicales.* 2 cures radicales.

4° *Hernie de la ligne blanche*; éventration : reconstitution de la ligne blanche.

II. — **Tube digestif** (40 opér.).

1° *Estomac.*

2 Gastrostomies pour cancer de l'œsophage.

6 Gastro-entérostomies postérieures, dont : 3 pour cancer de l'estomac, et 3 pour sténoses pyloriques bénignes.

2° *Intestin.*

5 Anus contre nature, dont : 3 pour cancer du rectum (1 suivi d'extirpation du rectum), et 2 pour obstruction intestinale.

1 Entéro-anastomose latérale pour cancer du rectum.

3° *Appendice.*

13 Appendicectomies à froid.

13 Appendicectomies à chaud.

III. — **Foie** (2 opér.).

1 Cholécystotomie pour calculs de la vésicule.

1 Incision, suivie de suture, d'un kyste hydatique du foie.

IV. — **Appareil urinaire** (13 opér.).

1° *Reins.*

1 Incision d'abcès périnéphrétique avec calcul extra-urétéral.

1 Néphropexie pour rein mobile.

2 Néphrotomies, dont : 1 pour pyélonéphrite suppurée, 1 (exploratrice) pour tuberculose rénale.

2 Néphrectomies, dont : 1 pour pyonéphrose, 1 pour tuberculose rénale.

2° *Vessie.*

3 Lithotrities pour calculs vésicaux.

1 Colpocystotomie pour extraction d'un calcul vésico-vaginal.

1 Suture de fistule vésicale consécutive à une taille hypogastrique.

1 Taille hypogastrique avec énucléation d'une double tumeur vésicale.

1 Résection vésicale partielle pour tumeur.

V. — **Appareil génital de la femme** (74 opér.).

Utérus et annexes.

7 Colpotomies postér. pour suppurations pelviennes.

6 Hystérect. vaginales, dont : 5 pour annexites suppurées, 1 pour fibrome sphacélé.

3 Laporotomies simples suivies de drainage, dont : 2 pour suppuration pelvienne, 1 pour abcès profond de la fosse iliaque.

7 Hystéropexies abdominales pour rétroversions — flexion de l'utérus dont une compliquée de cure radicale de hernie crurale.

13 Myomectomies abdominales (énucléation de 1 à 17 fibromes).

21 Ablations d'annexes (par la laparotomie), dont :

17 unilatérales, 6 pour grossesse extra-utérine, 6 pour kyste de l'ovaire, 1 pour cancer de l'ovaire, 4 pour annexite.

4 bilatérales pour annexite.

17 Hystérectomies abdominales totales : 3 pour métrite et annexite double, 4 pour fibromes utérins, 1 pour cancer utérin, 1 pour kyste de l'ovaire, 1 pour cancer de l'ovaire avec cancer du péritoine, 1 pour annexite compliquée de fibrome, 1 pour annexite compliquée de grossesse extra-utérine.

VI. — **Interventions abdominales diverses** (10 opér.).

1° *Paroi abdominale* (3 opér.) : 1 extirpation d'un cancer de l'ombilic, 1 extirpation d'un fibrome de la paroi, 1 extirpation d'un kyste de la paroi.

2° *Laparotomies exploratrices* (5 opér.) : 2 pour cancer de l'intestin, 1 pour cancer du rectum, 1 pour cancer de l'utérus, 1 pour mauvais fonctionnement d'une gastro-entérostomose précédemment établie.

3° 1 *Extirpation d'un kyste chyleux du mésentère.*

4° 1 *Laparotomie pour péritonite tuberculeuse.*

VII. — **Thorax.**

4 Amputations de sein pour cancer.

1 Résection costale (2 côtes) pour tuberculose osseuse.

1 Pneumotomie pour kyste hydatique du poumon.

M. le Président. — La discussion sur la rachi-cocaïnisation est close.

Communications.

Epithélioma de l'ovaire chez une femme ayant subi il y a trois ans une entérectomie pour épithélioma de l'intestin.

par M. LE DENTU,

Dans la séance du 27 mars 1901 j'ai présenté une pièce, provenant d'une malade que j'avais opérée la veille, sous la dénomination d'*Épithélioma secondaire de l'ovaire droit chez une femme ayant subi une entérectomie il y a trois ans pour un épithélioma de l'intestin grêle.* Comme l'examen histologique sur lequel je m'étais appuyé avait été forcément un peu sommaire, j'ai promis de fournir ultérieurement des renseignements précis. Je vous apporte aujourd'hui ces renseignements, qui sont intéressants au double point de vue de l'histologie et de la clinique.

La malade a une cinquantaine d'années. C'est au mois de mai 1898 que je lui ai pratiqué une entérectomie pour un épithélioma de l'intestin grêle, après avoir incisé la paroi abdominale en dehors du muscle grand droit du côté droit, point où la tumeur se plaçait habituellement. L'opérée a bien guéri et il n'y a pas eu de récidive. Les fonctions de l'intestin sont absolument normales.

Voici d'abord l'examen histologique de la tumeur intestinale consigné sous le n° 511 dans le catalogue de mon laboratoire. Cet examen a été fait, comme celui qui suivra, par le Dr Auguste Pettit, mon chef de laboratoire :

1° *Examen de la portion d'intestin grêle réséquée en* 1898.

Ce fragment, long d'environ 5 centimètres, présente, en son milieu, un rétrécissement accusé, se traduisant extérieurement par un sillon circulaire ; l'aspect est très comparable à celui que donnerait un lien serrant énergiquement l'intestin.

Le calibre de l'intestin est très réduit au niveau du rétrécissement : une sonde n° 12 y passe difficilement.

Des coupes ont été pratiquées au niveau du rétrécissement et en divers autres points, là où l'intestin avait conservé son calibre normal.

L'examen histologique a mis en évidence des altérations profondes, localisées assez exactement dans la zone du rétrécissement.

A ce niveau, la structure normale est presque complètement effacée; seules, quelques glandes subsistent encore.

Au voisinage de ces dernières, il existe d'autres formations d'aspect glandulaire, mais en différant manifestement : tout d'abord, elles sont beaucoup plus volumineuses; en second lieu, l'épithélium de revêtement est en voie de prolifération, et envoie des bourgeons à l'intérieur

de la lumière; enfin, la forme des éléments est tout autre qu'à l'état normal.

Ceux-ci présentent, en effet, un polymorphisme remarquable; un petit nombre de cellules, seulement, sont cylindriques; la plupart sont irrégulièrement polyédriques, et, dans tous les cas, elles sont disposées sur plusieurs couches.

Les modifications ne s'arrêtent pas là, et, en d'autres régions, la structure glandulaire s'efface complètement; on est alors en présence de cordons pleins, formés de cellules épithéliales à polymorphisme accusé, renfermant des noyaux volumineux avec mitoses anormales très nombreuses.

Ces masses épithéliales pleines s'observent à la fois dans la muqueuse et dans le tissu musculaire. Les tissus conjonctif et musculaire interposés sont remplis de cellules embryonnaires.

J'ai déjà donné p. 351 une description sommaire de la pièce que j'ai apportée ici. Je la complète aujourd'hui.

La tumeur était formée de trois lobes principaux, dont l'un, kystique, s'était rompu au cours de l'extirpation, ce qui permet d'affirmer que le poids de 2 kil. 842 que nous avons trouvé doit être majoré jusqu'à 3 kilogrammes environ, en tenant compte du liquide répandu. Deux des lobes principaux étaient manifestement kystiques, le troisième était mou, mais non fluctuant. On sentait de-ci de-là des parties absolument solides et fermes.

Le troisième lobe était formé d'un magma caséeux, jaunâtre, offrant l'aspect du contenu de certains kystes dermoïdes; un des lobes kystiques renfermait un contenu brun vert, huileux, filant, très visqueux. L'épaisseur de la paroi variait d'un demi-centimètre à 2 et 3 centimètres. Le fond était constitué par des bourgeons végétants très vasculaires.

L'autre masse kystique n'avait rien de particulier. Elle était séparée de sa voisine, en arrière, par la trompe adhérente, verticalement à la tumeur. Dans le liquide brun verdâtre, huileux, formant son contenu, flottaient en abondance des corpuscules, analogues à de la sciure de bois, qui n'étaient autre chose que des débris de cellules dégénérées. Un quatrième lobe moins volumineux avait une constitution analogue. Malgré le développement important des cavités kystiques, les masses solides prenaient en somme une part très considérable à la constitution de la tumeur.

M. Pettit a résumé dans la note que voici les particularités les plus saillantes de la structure intime du néoplasme :

2° *Examen de la tumeur ovarienne extirpée en 1901.*

Des fragments, destinés à l'examen histologique, ont été prélevés dans les différentes régions présentant un aspect macroscopique spécial.

Les coupes ainsi obtenues peuvent se classer en deux catégories ayant une extension très inégale : la première correspond à la presque totalité de la pièce, à la tumeur proprement dite (1), la seconde aux portions nécrosées et plus spécialement à la masse jaune, mentionnée.

α) *Tumeur proprement dite.* — La tumeur proprement dite est exclusivement constituée par des cavités à aspect glandulaire et par des cordons épithéliaux pleins, séparés les uns des autres par un stroma conjonctif médiocrement développé, formé de fibres et de cellules embryonnaires.

Les formations à aspect glandulaire présentent entre elles des différences considérables, au point de vue de leur volume et de leur forme; l'épithélium de revêtement ne renferme qu'un petit nombre de cellules cylindriques; la très grande majorité est irrégulièrement polyédrique; tous ces éléments sont groupés de façon à dessiner deux, trois ou quatre strates.

La lumière, souvent très réduite, est obstruée par des cellules nécrosées à divers stades de régression (2).

Les masses pleines sont constituées par des cellules irrégulièrement polyédriques, de toutes tailles; les noyaux sont volumineux, riches en chromatine, et offrent de nombreux exemples de mitoses anormales.

Beaucoup de cellules renferment des noyaux doubles et même triples.

Enfin, en certains points, les éléments cellulaires se groupent de façon à figurer de petits globes cornés.

β) *Masse jaune.* — Cette masse (ainsi que les autres portions en dégénérescence) est formée de cellules nécrosées dans lesquelles le noyau n'est plus que rarement décelable.

Étant données, d'une part, la succession probable d'apparition de ces deux néoplasmes, et, d'autre part, les affinités morphologiques révélées par l'examen histologique dans ces deux cas, on est bien en droit de se demander s'il n'existe pas un rapport génétique entre ces deux tumeurs, si la seconde ne doit pas être considérée comme une métastase tardive de la première. Sans doute, on pourra m'objecter que la tumeur ovarique n'est que la transformation maligne d'un ovaire kystique existant déjà lorsque j'ai opéré l'épithélioma de l'intestin; mais je puis affirmer qu'au moment de ma première intervention il n'y avait rien de perceptible dans le petit bassin. Ou bien il n'y avait pas de kyste, ou bien, s'il en existait un, il était bien petit. Si j'avais

(1) A la coupe macroscopique de cette partie, on constatait, sur la tranche de section, l'apparition de filaments se présentant absolument avec l'aspect de comédons; dans le cas présent, ils étaient formés uniquement de cellules nécrosées.

(2) Ce sont ces éléments qui formaient les filaments ou comédons sus-indiqués.

eu l'idée d'explorer les annexes, je serais en état de répondre victorieusement; malheureusement, je n'ai pas eu cette idée et un doute peut planer encore sur certains esprits.

Si la question paraît insoluble à certains, il m'est cependant permis de maintenir, à titre de probabilité, l'opinion que j'ai émise une première fois, à savoir, que le néoplasme de l'ovaire a été secondaire par rapport à celui de l'intestin, qu'il en a été la conséquence éloignée et qu'il y a entre les deux un lien véritable.

Sans un incident survenu quelque temps après l'opération, la malade serait guérie depuis longtemps; mais au bout de trois semaines, la cicatrice s'est rouverte et une certaine quantité de sang s'est écoulée au dehors. J'ai craint une récidive dans le pédicule épais et large du kyste. Il n'en était rien; j'en ai acquis l'assurance en explorant la cavité de l'hématome. Je l'ai trouvée limitée par une paroi très lisse, ne portant à sa surface aucune végétation. J'ai extrait les fils du pédicule déjà détachés et tombés dans cette cavité. Depuis lors, la poche drainée s'est rétractée rapidement, et, aujourd'hui, il ne reste plus qu'un petit trajet dont la cicatrisation ne peut tarder. Il ne me reste donc aucun doute relativement à une récidive; il n'y en a certainement pas.

Appendicite par torsion.

M. Routier. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter m'a semblé curieuse à cause de sa rareté; c'est pour ma part le premier cas d'appendicite par torsion que j'observe, ma pratique en pareille matière étant déjà assez étendue.

Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans qui a eu deux ou trois crises très nettes d'appendicite, chacune étant plus violente que la précédente.

La dernière date du 8 mai, et fut la plus forte; il entra dans le service de mon collègue de Necker M. le Dr Huchard, avec tous les signes d'un appendicite aiguë avec occlusion.

Il m'a été passé apyrétique, ayant recouvré la liberté de ses fonctions intestinales, mais conservant dans l'hypocondre droit, dans la région cæcale, une tumeur qui dès l'abord me parut bizarre; je ne lui trouvais pas le caractère d'un abcès, et elle me paraissait plus profonde que ne le sont d'ordinaire les tumeurs formées à la suite des attaques d'appendicite par les adhérences épiploïques.

Je l'ai opéré le 25 mai, et j'ai trouvé, au milieu d'un paquet d'anses agglomérées par cette attaque récente d'appendicite,

cette tumeur que je ne saurais mieux comparer qu'à un hémato-salpinx tordu. C'était l'appendice, 4 fois tordu sur lui-même, de droite à gauche.

La partie tordue, couleur feuille morte, est grosse comme deux fois le pouce; la partie de l'appendice, au contraire, entre la torsion et son insertion cæcale, est normale et plutôt plus petite qu'à l'ordinaire, sans traces de lésion; au niveau de la torsion il y a des ecchymoses et du sphacèle.

Le mécanisme de cette torsion nous paraît aussi obscur et aussi inexpliqué que lorsqu'il s'agit des annexes de l'utérus.

La torsion a réalisé nettement ici la cavité close.

Fracture postéro-antérieure para-médiane de la base du crâne.

M. Quénu. — Nous avons étudié, mon interne Tesson et moi (1), une variété de fracture de la base du crâne, rare à en juger par les observations publiées, fréquente à notre avis, à en juger par la facilité avec laquelle on la reproduit expérimentalement, puisque sur dix expériences nous avons pu l'obtenir quatre fois. L'observation hospitalière permettrait, je crois, d'établir la fréquence réelle de ces fractures, si toutes les autopsies de fracture du crâne étaient faites; or, cette variété semble d'un pronostic particulièrement grave et rapidement mortel; il s'ensuit que souvent un fracturé de la base est apporté dans la journée ou dans la nuit et succombe sans qu'il ait été vu par un autre que l'interne de garde : nous signons le bulletin de décès le matin et le fait anatomique et clinique passe inaperçu.

Depuis un an, nous avons veillé à ce que toutes les autopsies de fracture du crâne fussent faites; on ne peut admettre que le simple hasard ait donné à la fois à mon ancien interne Tesson, actuellement à Saint-Louis, dans le service de mon collègue Ricard, et à moi dans mon service, l'occasion d'observer un deuxième et un troisième cas de fracture postéro-antérieure de la base cranienne, analogue à ceux que nous avons décrits d'après une première observation personnelle, quelques faits cliniques épars et les données de l'expérimentation.

Un point intéressant est que chez notre dernier malade nous avons pu faire le diagnostic et prévoir d'avance le siège et la direction des lésions.

Il s'agit d'un malade de cinquante ans qui, le 18 avril, descendait de l'impériale du tramway, quand il fit une glissade et tomba

(1) *Revue de chirurgie*, 9 mai 1901.

à la renverse, l'occiput venant à buter contre les rails. Il perdit de suite connaissance et fut immédiatement apporté à l'hôpital Cochin, vers midi. Il était dans un état comateux, du sang coulait en abondance par l'oreille gauche. Cet écoulement a persisté jusqu'à la mort. Une petite plaie de 2 centimètres de long à direction transversale divise le cuir chevelu au niveau de la protubérance occipitale externe.

Vers 5 heures, il se produisit une hémorragie assez abondante par le nez et par la bouche. La respiration était stertoreuse, la mort survint vers 6 heures et demie du soir. Mon interne M. Léo me communiqua un récit exact des faits, et d'après les commémoratifs, le siège de la plaie occipitale et l'état comateux, je portai le diagnostic de fracture probable postéro-antérieure de la base du crâne avec adjonction d'une fracture du rocher (1).

L'autopsie, pratiquée avec le plus grand soin par M. Léo, a vérifié en tous points nos conjectures. La calotte cranienne fut enlevée à la scie.

Épanchement sanguin entre l'os et la dure-mère au niveau de l'occiput. Le cerveau étant enlevé, on observe à sa surface un épanchement sanguin sous-arachnoïdien, prenant sa source au niveau des lobes frontaux dont l'extrémité antérieure offre des signes de contusion prononcée ; au point percuté, c'est-à-dire au niveau des lobes occipitaux, la substance cérébrale est contusionnée, mais à un moindre degré. Aucune lésion bulbaire ou péribulbaire.

Voici la base du crâne que je présente. Le trait de fracture part du lambda à l'état de fissure à peine perceptible, puis s'élargit brusquement à 3 centimètres au-dessus de la protubérance occipitale externe; à 1 centimètre au-dessous, le trait se bifurque en droit et gauche. Le *trait gauche* contourne le trou occipital, gagne latéralement le trou déchiré postérieur, puis disjoint le rocher d'avec l'apophyse basilaire, entre dans le trou déchiré antérieur et, de là, coupe obliquement vers la droite la selle turcique pour se perdre vers les fosses ethmoïdales.

Les sinus sphénoïdaux sont énormes et leur paroi supérieure se trouve intéressée par la fracture. Un peu en avant du trou déchiré antérieur, du trait de la selle turcique, une fissure se détache et parcourt longitudinalement la face antérieure du rocher à son union avec la fosse cérébrale moyenne.

Le trait droit contourne le trou occipital comme le précédent, gagne le trou déchiré postérieur et s'y perd.

(1) Inversement, il serait possible, d'après la disposition du trait de fracture, même en l'absence de plaie occipitale (celle-ci peut être évitée par la protection des cheveux), de conclure au mode de la chute, ce qui pourrait avoir quelque intérêt au point de vue médico-légal.

Il nous paraît intéressant de remarquer que sur les quatre cas expérimentaux que nous avons obtenus, une fois (pièce n° 4) nous avons noté également une fracture longitudinale du rocher compliquant d'un côté une fracture postéro-antérieure, mais la disposition du trait était bien différente : au lieu de se détacher de *dedans en dehors* de l'extrémité antérieure de la fissure au niveau de la fosse cérébrale moyenne, le trait de fracture partait du trou déchiré postérieur en dehors et au-dessus de la base du rocher pour traverser de *dehors en dedans* le rocher longitudinalement et parallèlement à son grand axe. L'adjonction d'une fracture du rocher aux fractures que nous avons étudiées mérite d'être relevée et étudiée plus à fond.

M. Cahier. — J'ai observé un blessé qui, en se levant au passage d'un tunnel, se heurta violemment l'occiput ; indépendamment de la section de la peau du cuir chevelu, il existait un écrasement de la mastoïde et une perte de substance de l'occipital. Je pus constater, après avoir débarrassé la dure-mère d'un vaste hématome, l'existence d'une fissure qui se prolongeait jusque vers le trou déchiré postérieur. Cette fracture correspondait, peut-être, au type que vient d'étudier M. Quénu.

Kyste dermoïde de l'ovaire. Torsion du ligament large.

M. Potherat. — Je vous présente, Messieurs, un kyste dermoïde de l'ovaire, que j'ai enlevé, il y a huit jours, à une malade de mon service à la Maison municipale de santé, malade qui, n'ayant présenté aucune suite opératoire, doit être considérée aujourd'hui comme définitivement guérie.

Cette pièce présente un double intérêt : clinique et anatomique.

Au point de vue clinique, j'ai été amené à porter le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine, et voici comment. Cette femme, actuellement âgée de trente-deux ans, était prise, au cours d'une bonne santé, et dans les jours qui suivirent ses règles, d'une douleur abdomino-pelvienne très violente, avec des irradiations du côté des lombes et du côté des cuisses. Cette douleur s'accompagnait de tendance à la syncope, de pâleur accusée des téguments et de refroidissement des extrémités. Cela se passait le 15 mai dernier ; le 18 mai, la malade entrait dans mon service, souffrant encore vivement, surtout au palper de l'abdomen, et présentant ce teint pâle, cireux que nous observons chez les femmes ayant subi une perte de sang abondante et rapide. Au toucher, l'utérus, petit, est

refoulé vers le pubis; le Douglas est occupée par une tumeur arrondie, régulière, lisse, dépressible et rénitente en même temps, tumeur ne débordant pas l'excavation.

Je diagnostiquai donc une hématocèle rétro-utérine, et, après avoir attendu jusqu'au 24 mai, je pratiquai la laparotomie, et tout d'abord je vis le Douglas occupé par une masse noirâtre qui me confirmait dans mon diagnostic; mais la main introduite me permit bientôt de reconnaître et d'extirper une tumeur annexielle droite, la tumeur que voici. C'est bien un kyste dermoïde; voici une touffe de longs cheveux *blonds* (la malade est blonde) qui étaient englobés dans une masse sébacée remplissant à moitié le kyste ; voici aussi une dent, du type des incisives inférieures, avec cette particularité qu'elle est *libre*, et qu'en aucun point on ne trouve de portions osseuses.

Mais, Messieurs, vous le voyez, et c'est là la particularité la plus intéressante, le kyste est noir; ses parois sont infiltrées de sang ; il y avait du sang dans son intérieur. La trompe qui l'accompagne est volumineuse, tuméfiée ; elle aussi est noire et contient du sang dans son intérieur. La raison de cette extravasation sanguine, c'est une torsion du pédicule, ou plutôt *de tout le ligament large*, car l'ovaire, avec son kyste et la trompe, y participaient et étaient enroulés ensemble. Cette torsion était de deux tours complets; elle se dirigeait dans le sens des aiguilles d'une montre, ainsi que je mis le fait en évidence en pratiquant la détorsion devant mes élèves. La torsion était très serrée ; en amont, les tissus étaient blancs; en aval, ils avaient la coloration que vous voyez.

C'est un fait à ajouter aux faits déjà nombreux de torsion du pédicule des trompes dilatées, ou des tumeurs des annexes, faits dont nos collègues Hartmann et Delbet, pour ne citer que ceux-là, ont publié des exemples, dont moi-même avais déjà observé un cas publié il y a quelques années, avec mon élève Lenoble, de Brest. Il s'agissait, dans notre cas, d'un fait exceptionnel de myxome pur de l'ovaire, que j'ai présenté à la Société de chirurgie avant mon admission.

J'ajouterai, pour compléter ce qui a trait à l'observation actuelle, que ma malade a eu un enfant à terme, bien portant encore, et une fausse couche il y a un an. Et cependant l'ovaire gauche était lui-même le siège d'un kyste séreux du volume du poing et j'ai dû l'enlever. C'est lui que je vous présente maintenant.

Tumeurs volumineuses polykystiques des deux ovaires.
Fibromes utérins concomitants.

M. Potherat. — J'ai profité de l'occasion qui m'était offerte par ma précédente présentation pour vous apporter les pièces que voici et que j'ai enlevées ce matin même à une vigoureuse Alsacienne de quarante-trois ans, qui m'était adressée avec le diagnostic de *fibrome utérin* et de *rein ectopié*. Il y avait, en effet, dans le flanc gauche, une tumeur reproduisant assez bien la forme du rein, mais d'un rein dilaté, multilobé, tumeur mobile et que l'on pouvait refouler jusque sous les fausses côtes du côté gauche, tumeur recouverte d'intestin, en avant, comme l'indique la sonorité à la percussion. Indépendamment de cette tumeur, il en existait une autre, remplissant l'excavation pelvienne, débordant le pubis et remontant en haut et à droite, tumeur paraissant faire corps avec l'utérus manifestement augmenté de volume.

Cette femme n'avait aucun passé génital ; elle a eu un enfant il y a vingt ans ; ses règles sont régulières, mais très abondantes, et avec caillots depuis plusieurs années.

J'acceptai donc le diagnostic de fibromes utérins multiples, car on sentait plusieurs bosselures ; mais je rejetai l'idée de rein en ectopie ; car un rein ectopié à ce point, et multilobé, aurait dû donner lieu à des troubles urinaires et à un complexus douloureux spécial qui n'ont jamais été observés.

Or, la laparotomie que j'ai pratiquée ce matin, avec hystérectomie susvaginale, subtotale, m'a permis d'enlever ces pièces où vous voyez : au milieu, un utérus du volume d'un double poing d'adulte, rembourré de fibromes dont les plus gros ont le volume d'une mandarine ; à gauche, la trompe entourant le pédicule d'une tumeur multilobée, qui avait le volume total d'une tête de fœtus, au moins, et qui n'est autre que l'ovaire polykystique ; à droite, même lésion, avec un développement plus considérable. Cette deuxième masse polykystique était profondément enclavée, derrière et sous l'utérus jusqu'au fond du Douglas. Enserrée dans l'excavation, elle faisait cliniquement corps avec l'utérus.

Les faits semblables sont assez peu fréquents pour qu'il m'ait paru intéressant de vous présenter cette pièce dans toute sa fraîcheur. Elle répond, en outre, à une question que nous posait, dans une séance de l'année dernière, M. Monod, à savoir : la conduite que le chirurgien doit tenir en présence d'un kyste de l'ovaire et de fibromes utérins. J'estime, avec mes maîtres, MM. Bouilly et Segond, que chacune des lésions doit recevoir le traitement qu'elle comporte ; les kystes ovariques doivent être enlevés, et le fibrome

ou les fibromes, énucléés séparément si le cas le comporte, et j'ai pu le faire personnellement, ou enlevés eux-mêmes avec l'utérus.

Dans un cas où la malade portait un très volumineux kyste adhérent, où l'opération avait été très longue, difficile, je crus pouvoir, chez une femme de quarante-six ans, qui présentait des fibromes utérins très modérément développés, je crus, dis-je, pouvoir me contenter d'enlever le kyste et le second ovaire. Or, le hasard m'a permis de revoir la semaine dernière, en province, cette malade que j'ai opérée il y a cinq ans; les fibromes ont pris un développement très grand du côté de l'abdomen, et il y a des métrorragies inquiétantes ; je vais être obligé d'intervenir à nouveau. Ce fait est bien de nature à renforcer l'opinion, qui est la mienne, exposée plus haut, à savoir : le chirurgien, en présence de fibromes utérins compliquant un kyste de l'ovaire, et *vice versa*, doit appliquer l'exérèse à l'une et à l'autre lésion, d'autant mieux que, sauf exception, l'intervention n'est pas beaucoup aggravée, le plus souvent, par cette double ablation.

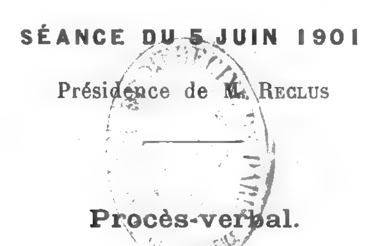
Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 5 JUIN 1901

Présidence de M. Reclus



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Un tirage à part du travail que M. Gilis a publié dans le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, sur « la région inguino-abdominale et sur le canal inguinal », et une lettre dans laquelle M. Gilis demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

3° La thèse inaugurale de M. L. Dartigues, sur la *Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes*, et une lettre dans laquelle M. Dartigues demande a être inscrit sur la liste des candidats au prix Marjolin-Duval.

M. Reynier. — Messieurs, je dépose sur le bureau de la Société un travail que j'ai fait dernièrement dans le laboratoire de M. Dastre, à la Sorbonne, travail dans lequel j'étudiais les propriétés physiologiques de la nirvanine, que je comparais à celles de la cocaïne. Comme celle-ci, c'est un anesthésique, moins toxique cependant et plus antiseptique. On peut donc pour l'anesthésie locale la substituer avec avantage à la cocaïne.

J'ai donc dans mes expériences étudié parallèlement ces deux substances, et j'ai pu constater la toxicité de la cocaïne, ce qui me permet de m'étonner lorsqu'on vient dire qu'elle ne peut occasionner la mort.

Tous ceux qui ont étudié la cocaïne ont vu cette substance pro-

duire des accidents mortels avec des doses relativement peu élevées.

Avec une dose de 0,05 centigrammes injectée sous la peau, on détermine des vertiges, des attaques convulsives avec raideur tétanique des membres et phénomènes asphyxiques par le fait de la contracture des muscles respiratoires, écume, mousse sanguinolente sortant de la bouche, qui font parfaitement comprendre les accidents dont plusieurs collègues ont parlé et qui rappelaient en petit les accidents que j'avais observés sur les animaux.

Vous pouvez, sur les figures qui sont dans ce mémoire, vous rendre compte de la violence de ces attaques convulsives et de ces sortes de tétanisations des muscles qui jettent l'animal sur le côté. Lorsque l'intoxication se dissipe, l'animal reste parésié pendant un certain temps et incapable de se relever. Cette action convulsivante et tétanisante de la cocaïne, qui a prouvé à tous les expérimentateurs qu'elle agit sur les centres excito-moteurs de la moelle, fait comprendre pourquoi quelques-uns de mes collègues ont trouvé la contracture des muscles coïncidant avec l'anesthésie.

M. Legueu dépose sur le bureau de la Société, en son nom et au nom de M. Labadie-Lagrave, la 2e édition de leur *Traité médico-chirurgical de gynécologie.*

A propos du procès-verbal.

Fracture para-médiane de la base du crâne.

M. Félizet. — M. Quénu nous a présenté, dans la dernière séance, une fracture du crâne d'un diagramme véritablement rare : la dénomination de *fracture para-médiane* de la base en exprime très heureusement le trajet.

Je n'ai jamais observé ni produit cette fracture du crâne.

M. Quénu la croit assez fréquente et il a pu la produire expérimentalement.

Je ne puis parler que de là pièce qu'il a soumise à notre examen.

Le choc a porté directement sur l'occiput, très bas, au-dessus de la nuque.

Le trait commence à 2 centimètres au-dessus de la tubérosité occipitale externe.

La voûte est intacte.

Le trait de la fracture suit la crête occipitale interne, se bifurque au milieu de la loge cérébelleuse et contourne le trou occipital,

isolant une sorte de fourche dont les branches se sont séparées des condyles.

C'est, jusqu'ici, le trajet que nous avons décrit aux fractures de l'occiput, fractures qui s'arrêtent au trou déchiré postérieur, et aussi à la pointe, à la partie moyenne et à la base du rocher.

La fracture *para-médiane* de M. Quénu va plus loin : le trait de droite s'arrête dans la fosse moyenne, mais le trait gauche file en avant, longe l'apophyse basilaire, divise le sinus sphénoïdal, coupe le plafond de l'orbite et s'arrête sur le crible de l'ethmoïde.

Pour nos fractures de l'étage postérieur le choc portait, peut-être, un peu plus haut que le choc observé par notre collègue : mais il s'agissait toujours, et notre théorie ne semble pas avoir été jusqu'à présent infirmée, il s'agissait du redressement de la courbe occipitale et de l'écartement de la base des deux rochers; la fêlure s'étendait d'autant plus loin que la force traumatique était plus puissante, mais, en dehors des fractures à grands fracas, ne dépassait guère la fosse moyenne.

Dans la pièce de fracture para-médiane que M. Quénu nous a fait voir, il s'agit, vous l'avez vu, non pas d'un trait simple, mais d'une véritable *déhiscence* postéro-antérieure du crâne contre la ligne médiane.

Le choc cause de la fracture n'avait pas été extrême : il s'agit d'une simple chute à la renverse.

Ce trait n'existe véritablement que sur la voûte : on le voit à peine au-dessus de la tubérosité occipitale externe.

Sans doute l'application très en arrière et en bas du choc a pu donner un caractère spécial à la fêlure produite, mais nous aussi nous avons opéré en faisant porter le choc très en arrière, soit par un coup de maillet, soit par une précipitation, soit par une pression entre les branches d'un étau de bois, et nous n'avons jamais produit cette forme de fracture.

M. Quénu s'est mis dans les conditions d'un renversement à 90 degrés, il a expérimenté avec la précision dont il est coutumier, et il a obtenu la longue fêlure médiane que vous avez vue.

Il me semble, cependant, que la structure du crâne que vous avez eu sous les yeux est l'élément principal dans le mécanisme de cette fracture rare, la fracture para-médiane de M. Quénu.

Vous avez été frappé par l'extrême minceur de la paroi des fosses occipitales, des fosses moyennes et de tout l'étage antérieur.

Il n'y avait vraiment qu'un accolement de deux lames vitrées; vous voyiez le jour par transparence.

Dans cette base ainsi amincie, il n'y avait d'opaque que la crête et les tubérosités occipitales, les rochers, l'apophyse basilaire, les grandes ailes du sphénoïde, en un mot toutes les pièces de

soutien de la résistance du crâne. Avec une telle base, la voûte a l'épaisseur et la conformation normales; l'occiput, en haut, a fléchi sans se rompre, tandis qu'en bas la base s'est brisée comme du verre et a produit les dégâts que vous avez vus. Il ne s'agit même pas d'une fracture *irradiée* du crâne. La base seule a fatigué.

L'étage postérieur s'est ouvert à la façon d'une coque de châtaigne, la base n'étant pas assez solide, et la propagation s'est faite comme une véritable déhiscence le trait filant en avant, en esquivant les pièces de résistance.

Nous pensons que sur un crâne moins fragile la fracture limitée à la base ne se serait pas produite avec une pareille extension.

Le grand-prêtre Elie, à la nouvelle de la révolte inattendue de son fils préféré, tomba à la renverse avec le fauteuil sur lequel il était assis et mourut du coup.

Nous ne possédons aucun renseignement sur la structure de la base du crâne de cet ecclésiastique, mais les circonstances de renversement à angle droit en arrière, telle que nous les a relatées l'Histoire, pourraient nous paraître les circonstances les plus favorables à la production de la fracture para-médiane de la base du crâne.

Fracture postéro-antérieure de la base du crâne.

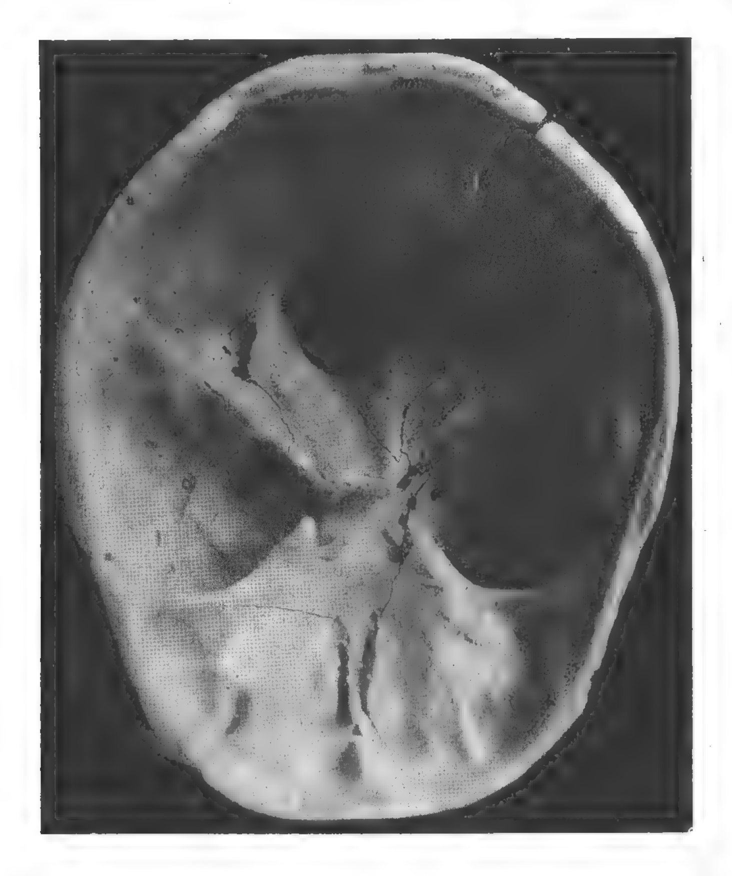
M. Quénu. — Je dois à l'obligeance de mon collègue Ricard et de mon ancien interne Tesson de pouvoir vous présenter l'observation avec pièce à laquelle je faisais allusion dans la dernière séance.

Un homme de cinquante-neuf ans, B..., ivre, tombe à la renverse le lundi 6 mai, à 9 heures du matin, en montant un escalier, et reste sans connaissance. Il est apporté dans le service de M. Ricard à Saint-Louis, en état comateux : membres en résolution, respiration régulière non stertoreuse; pouls à 60; temp. axil., à 36°8, pas de paralysie oculaire ni faciale, plaie contuse sur la région occipitale, à gauche de la ligne médiane; un saignement buccal apparaît deux heures après et persiste peu abondant toute la journée, pas d'otorrhagie; à différentes reprises, le blessé paraît vouloir sortir de son coma, prononce quelques paroles inintelligibles et demande même assez distinctement à boire; il succombe à 11 heures du soir, soit quatorze heures après l'accident. M. Tesson diagnostique une fracture de la base irradiée de l'occipital gauche jusqu'au sinus sphénoïdal.

Autopsie.

1° *Lésions intra-craniennes.* — Au niveau de la fosse cérébelleuse

gauche, un épanchement sanguin noirâtre a décollé la dure-mère, et toute la surface cérébrale est enduite de sang noir. Une déchirure linéaire de la dure-mère, un peu en arrière du trou déchiré postérieur — déchirure produite par la pointe d'une esquille — a permis au sang extra-dure-mérien de se répandre dans la cavité arachnoïdienne à la surface des circonvolutions. Ce sang provient du sinus latéral gauche, qui est rompu dans le trou déchiré.



Le lobe *gauche* du cervelet, sa partie postérieure, la pointe du lobe frontal *droit*, présentent des lésions à contusion assez profondes.

2° *Lésions craniennes.* — Le trait de fracture naît sur l'occipital gauche, un peu au-dessus de la ligne courbe supérieure, à égale distance entre la protubérance externe et le bord postérieur de la mastoïde.

S'inclinant légèrement en dedans, il descend directement vers le trou déchiré postérieur, dont il entame le versant postéro-interne en son milieu.

Mais avant de l'atteindre, il détache sur la bordure du trou occipital

deux esquilles triangulaires, dont l'une a déchiré la dure-mère. Au delà du trou déchiré, la fracture suit deux voies : d'une part elle emprunte la suture pétro-basilaire jusqu'à 3 millimètres de l'extrême pointe du rocher, et à ce niveau, obliquant en dehors pour gagner le trou déchiré antérieur, elle détache de la pyramide pétreuse un tout petit fragment interne; d'autre part, elle traverse le rocher perpendiculairement à son grand axe en passant à 2 millimètres en arrière du trou auditif interne, et suit alors le bord antérieur du rocher jusqu'au trou déchiré antérieur. Ce dédoublement du trait de fracture circonscrit ainsi un fragment constitué par la moitié interne du rocher. La fracture reprend alors sa direction initiale : elle sépare la grande aile du corps du sphénoïde en passant en dedans des trous ovale et grand rond, traverse le canal optique et vient se terminer à la partie postérieure de la lame criblée de l'ethmoïde.

Sur la face exo-cranienne, on la voit séparer l'apophyse jugulaire du condyle, traverser par leur milieu la fosse jugulaire et le trou carotidien, suivre le lit de la trompe, passer par la base de la ptérygoïde, et finir dans les cellules ethmoïdales postérieures.

Signalons enfin une étroite fissure qui diverge du trait principal au niveau du trou ovale et ne tarde pas à se perdre dans la fosse moyenne.

Mais ce n'est pas tout encore : en faisant bâiller en arrière les deux lèvres de la fracture, on constate que du côté opposé le rocher est également disjoint de l'apophyse basilaire. Tout près du bord droit du trou occipital, mais sans l'entamer, en arrière de la saillie condylienne, naît un trait qui atteint l'extrémité postérieure du trou déchiré; la suture pétro-basilaire est ensuite désunie comme du côté opposé jusqu'à quelques millimètres de sa pointe, et un tout petit fragment reste attaché à la masse basilaire; puis, symétrique à celle du côté gauche, une fissure, partie du trou déchiré antérieur, en arrière du trou ovale, se perd dans la fosse moyenne.

Il existe de plus, en pleine apophyse basilaire, une fissure qui naît près du sommet du rocher gauche et descend obliquement sur la ligne médiane, pour s'arrêter à 1 centimètre en avant du trou occipital. Cette fissure n'intéresse que la face intra-cranienne de l'apophyse. Sur l'étage antérieur, du côté droit, un trait fissurique transversal, indépendant, va de la partie postérieure de la lame criblée à quelques millimètres du bord libre de la petite aile du sphénoïde.

Nous retrouvons dans cette observation la plupart des caractères cliniques et anatomiques qui nous ont permis d'établir un type de fracture.

A noter cependant que le saignement buccal ou nasal a pris sa source dans une déchirure des cellules ethmoïdales et non du sinus sphénoïdal. Une fracture transversale du rocher, le traversant un peu en dedans de son milieu, est venue compliquer la lésion principale sans se traduire par aucun saignement otique; du côté opposé, le rocher s'est disjoint de l'apophyse basilaire.

Si différentes fissures longitudinales ou transversales du rocher accompagnent parfois le trait principal et d'origine, les caractères essentiels n'en gardent pas moins toute leur netteté : le trait de fracture suit la direction de la force, d'arrière en avant, cette force repousse en dehors les massifs pétreux, elle les disjoint ou les brise, suivant les résistances offertes, variables avec l'âge, l'individu, et le point anatomique rencontré.

M. Félizet. — La fracture que nous présente aujourd'hui M. Quénu n'est pas une fracture para-médiane : elle diffère absolument de la pièce que vous avez eue sous les yeux dans la dernière séance. C'est une fracture de l'étage postérieur, irradiée à l'étage moyen par une fracture transversale du rocher, et propagée aux cellules ethmoïdales, sans intéresser le plafond de l'orbite. C'est en avant seulement qu'elle est para-médiane : elle est, dans son trajet principal, tout à fait latérale.

Nous en pouvons lire le mécanisme avec d'autant plus de facilité que nous l'avons observée, produite et photographiée à l'epoque où nous avons étudié la question du mécanisme des Fractures du Crâne.

C'est un des types des fractures propagées de l'étage postérieur à l'étage moyen. La reproduction photographique et la description se trouvent dans notre travail de 1873.

La fracture para-médiane était un éclatement antéro-postérieur, une ouverture, une *déhiscence* de toute la base, dont le tissu est d'une minceur extraordinaire.

Sur le deuxième crâne qui vous est montré ici, vous pouvez retrouver une minceur de la base, capable d'expliquer la propagation d'une fêlure d'un étage à l'autre.

L'élève de M. Quénu, qui a préparé ce crâne, a, en enlevant le périoste de l'étage antérieur, ouvert l'orbite, dont le plafond était papyracé.

C'est dans ces conditions de minceur extrême que l'on comprend que, l'os ne résistant pas, le centre de rotation se transporte en avant.

« L'étendue de la propagation, écrivions-nous, est absolument dépendante de la quantité d'écartement : le trait peut s'arrêter dans la fosse cérébelleuse, mais il s'étend souvent plus loin et ouvre le trou occipital ; nous verrons ce qu'il peut devenir, dès que, sous l'influence d'un traumatisme plus considérable, il dépasse les limites de la fosse occipitale et gagne l'étage moyen de la base du crâne (1). »

(1) G. Félizet, *Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne*, p. 117, Paris, 1873.

Or, ce que nous appelons un « traumatisme plus considérable » n'est, en réalité, que le rapport entre le choc et la résistance du squelette.

Une force déterminée produit sur deux bases de résistance inégale des effets absolument différents dans la forme, la direction et la propagation des fêlures.

M. Lejars. — J'ai trépané ce matin même un blessé, qui me paraît présenter une fracture analogue à celles dont vient de parler M. Quénu. Il s'agit d'un garçon de vingt-quatre ans, qui était entré dans le service de mon collègue et ami, M. le Dr Le Gendre, lundi soir, pour des accidents cérébraux, d'abord mal définis. On apprit que samedi dernier il était tombé sur la partie postérieure du crâne, de sa hauteur ; il avait saigné du nez, il n'avait pas saigné par l'oreille ; il portait, en arrière du crâne, sur la moitié droite de l'occipital, une plaie contuse, qui était restée sans soins jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital.

Ce malade était atteint d'un vertige cérébelleux des plus intenses et d'une agitation extrême, qui avait fait place, la nuit dernière, à une dépression très marquée. Je l'ai opéré ce matin, en présence de M. Le Gendre. J'ai découvert le crâne au niveau de la plaie, et j'ai constaté une fissure, qui commençait en ce point un peu au-dessus de la moitié droite de la ligne courbe occipitale supérieure, qui descendait à peu près verticalement, croisait la ligne courbe, et fut suivie sur toute la fosse sous-jacente; très vraisemblablement elle se poursuit à la base. J'ai trépané au niveau de cette fissure, dans la fosse occipitale : la dure-mère était tendue et noirâtre ; dès qu'elle fut ouverte, nous vîmes sortir du sang et de la bouillie cérébelleuse, le lobe cérébelleux droit était imprégné de sang à sa surface et infiltré de sang dans toute sa profondeur.

Nous avons dû nous contenter de déterger le foyer et de faire un léger tamponnement. Je ne pense pas que notre intervention soit de nature à sauver la vie de ce blessé, et sans doute pourrai-je vous apporter des données plus complètes sur la nature exacte de cette fracture ; mais, d'après les phénomènes cliniques et ce que l'opération nous a révélé, il me paraît bien que j'ai eu affaire à une de ces fissures postéro-antérieures qui émanent de l'occipital en s'irradiant à la base, sur une étendue variable.

Communication.

Contribution à l'étude du tétanos.

par M. PAUL REYNIER.

M. PAUL REYNIER. — Messieurs, je viens aujourd'hui vous parler d'une petite épidémie de tétanos qui a éclaté dans mon service, il y a quelques mois, dans des circonstances assez remarquables pour vous être relatées, et qui montrent bien les difficultés que nous avons à nous préserver de cette redoutable infection.

Le premier malade qui fut pris était un homme jeune, âgé de vingt-huit ans, qui fut opéré le 31 janvier de cette année par mon interne pour une hernie inguinale, dans une salle d'opérations de construction récente, où jamais n'ont été transportés de malades tétaniques.

Il fut remis dans la salle commune, où, depuis 1894, jour de mon entrée, je n'ai eu aucun tétanique, et qui a été repeinte l'année dernière entièrement.

L'opération, faite sous les yeux de M. Bouglé, mon assistant, parut être faite aussi aseptiquement que possible. Les instruments avaient tous été passés à l'étuve ; on ne se servit que de gaze stérilisée à l'autoclave.

Le soir de l'opération, le malade, très agité, avait 38°4. Mais le lendemain, la température descendait à 37°6, matin et soir ; et le surlendemain, après une purgation, la température était à 37 degrés et restait ainsi jusqu'au 7 février, jour où on enleva les fils, oscillant entre 37°4 et 36°8.

Lorsqu'on enleva les points de suture, le huitième jour, on n'observa rien d'anormal du côté de la plaie.

Deux jours après, le 9 février, dix jours après l'opération, le malade, à la contre-visite du soir, se plaignait du mal de gorge, et ne pouvait ouvrir la bouche.

Le lendemain matin, le diagnostic ne pouvait être douteux.

Le malade avait du trismus, de la raideur de la nuque.

Immédiatement, on institua le traitement classique : isolement dans une chambre sombre, lavements de chloral à haute dose, 8 et 12 grammes, piqûres de morphine, — injection tous les jours de sérum antitétanique, 10 centigrammes.

Malgré ce traitement, le cinquième jour, la fièvre montait, et, le sixième jour, le malade mourait, sans avoir à aucun moment rien présenté du côté de son opération. La mort arrivait le 13 février.

Ceci se passait, comme je l'ai dit plus haut, dans la salle des hommes, séparée, comme vous le savez, à l'hôpital Lariboisière, par le jardin, de la salle des femmes, où rien n'est commun, ni le personnel médical, ni les instruments, ni les pansements. Nulle part, entre les deux services, la séparation n'est plus parfaite.

Or, au moment où le malade était pris de tétanos, était couchée à la salle des femmes une malade, qui avait été opérée le 4 février par M. Bouglé, d'un pyosalpinx, malade qu'il avait cru devoir drainer, et qui conservait une fistule, qui se fermait lentement. Cette malade était pansée uniquement par M. Bouglé. Or, le 17 février, quatre jours après la mort du premier malade, treize jours après son opération, cette femme était prise de contracture des muscles abdominaux, puis de trismus, de raideur de la nuque, et les symptômes se confirmaient le lendemain rapidement.

Isolée, puis traitée comme le premier malade par le chloral, la morphine, les injections de sérum antitétanique, après avoir eu une détente de contracture le cinquième jour, qui nous avait donné l'espoir de la guérison, elle faisait de la fièvre le septième jour, et mourait le 25 février, huit jours après le début des accidents.

J'arrive enfin au troisième malade. Celui-ci était un jardinier de quarante-huit ans.

Le 16 février, M. Bouglé l'opérait d'une hernie inguinale.

Au moment de le mettre sur la table d'opération, effrayé par les deux cas de tétanos précédents, il lui fait faire une injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique.

A la suite de son opération, ce malade ne présente rien de particulier.

Le 26 février, les fils sont enlevés. La plaie est réunie. Mais il existe une légère rougeur, et une induration à la partie inférieure de la plaie. Cette induration est un peu douloureuse à la pression. Spontanément elle ne le fait pas souffrir. Nous pensons à un petit hématome. Le 2 mars au soir, le malade s'aperçoit qu'il ne peut ouvrir la bouche complètement. Quand il veut avaler, les aliments ne passent pas ; ils sont rejetés immédiatement ; la nuit suivante, insomnie, pas de fièvre.

Le lendemain 3 mars, douleurs cervicales, raideur de la nuque, le trismus est marqué.

Le malade est isolé. Injection de sérum antitétanique de 30 centimètres cubes, 12 grammes de chloral en lavement, 1 injection de 2 centimètres de morphine. Pouls 68. Les urines ont diminué.

4 mars. — Le trismus et les douleurs cervicales augmentent. Pas de fièvre.

Les jours suivants, même état. Le malade ne peut ouvrir la bouche pour avaler.

La plaie ne suppure toujours pas.

La rougeur persiste.

C'est alors que, sur les conseils de M. Lancereaux, auquel je parle de mon malade, je porte la dose de chloral de 12 à 20 grammes.

Le lendemain un mieux notable se produisait. Les injections à cette même dose sont continuées pendant dix jours avec adjonction d'une dose quotidienne de 30 centimètres cubes de sérum antitétanique.

Pendant ces douze jours, peu à peu, le trismus diminuait, ainsi que la contracture de la nuque. Les membres devenaient plus libres.

Vers le 12 mai, le malade ouvrait la bouche et se nourrissait. A ce moment, les injections de sérum antitétanique ne sont plus faites que tous les deux jours.

La température, qui un jour était montée à 38 degrés, se maintient toujours à 37.

Le 19 mars, les douleurs avaient disparu. Il persistait un peu de difficulté à ouvrir complètement la bouche.

Le malade quittait, guéri, le service à la fin de mai. La petite induration qu'il présentait au niveau de la cicatrice, et que nous avons regardée comme due à un hématome, s'était spontanément et complètement résorbée, sans avoir suppuré.

Telles sont ces observations qu'il m'a paru intéressant de vous faire connaître.

Ce n'est pas sans une certaine émotion qu'on voit dans un service, où se pratique dans toute sa rigueur le culte de l'asepsie, apparaître le tétanos sur les opérés, et cette infection prendre ce caractère épidémique.

Cette difficulté de trouver la fissure par où s'est introduit l'agent infectieux est particulièrement exaspérante. De plus, cette contagion se produisant à distance, dans des services dont le personnel est complètement isolé, est troublante. Elle montre combien ce tétanos paraît plus redoutable que les infections que nous avions autrefois à combattre, dont nous nous sommes rendu maîtres, et qui ne font plus de victimes en série.

En cherchant partout, la seule chose que j'aie pu trouver à incriminer serait peut-être le catgut, qu'on ne prépare pas dans mon service, et que je reçois du dehors.

M. Beurnier, avec mon interne M. Kahn, ont fait des essais avec ces catguts, de différente provenance, et ils ont trouvé quelques tubes vieux, qui ont cultivé. J'ai changé la marque, et les cas de tétanos ne se sont pas reproduits. Je n'oserais, toutefois, affirmer

que j'ai trouvé la vraie cause ; car si on a trouvé dans les cultures quelques saprophytes, on n'a jamais trouvé de microbe de Nicolaier.

Le troisième malade m'a enfin surtout ému, car ici on avait fait du sérum préventif; le sérum n'a pas arrêté l'infection. Ce fait est d'autant plus intéressant que, dans un service voisin, je connais un fait presque analogue, qui sera, j'espère, rapporté à cette tribune.

Tout au plus peut-on dire ici à l'actif du sérum que le tétanos n'est apparu que quatorze jours après l'opération, sept jours plus tard que chez le premier malade, et qu'il a guéri.

Toutefois, la guérison me paraît surtout due, d'après l'impression que l'analyse des faits m'a laissée, à l'augmentation des doses de chloral.

Les deux premiers malades avaient, en effet, reçu les mêmes doses de sérum antitétanique en injections sous-cutanées pendant toute la durée de leur affection, et ces injections, comme chez deux autres malades que j'ai observés, avaient été inefficaces.

Seules les doses de chloral ont varié pour mes trois malades.

Tandis que, chez les deux premiers, je n'ai donné que 12 à 14 grammes par jour, chez le troisième, sur les conseils de M. Lancereaux et de son élève, M. le Dr Paulesco, qui me citait des guérisons obtenues dans leur service par ce moyen employé seul, j'ai élevé les doses à 20 grammes par jour. Le mieux immédiatement a semblé succéder à cette augmentation de doses, qui ont été très bien supportées pendant plusieurs jours. J'insiste donc sur ce fait pour engager mes collègues à forcer les doses de chloral que nous donnons habituellement, et qui ne paraissent pas suffisantes.

A côté de ces observations, qui peuvent servir à l'histoire étiologique du tétanos, je vous demande la permission de venir vous lire une observation qu'un de mes anciens élèves, M. le Dr Manceau, exerçant à Nossibé-Madagascar, m'a envoyée dernièrement, en me priant de vous la faire connaître.

Elle présente, en effet, certaines particularités intéressantes, et nous montre une cause du tétanos, rarement observée dans nos pays, plus fréquente dans les pays chauds où le tétanos sévit.

Il s'agissait dans le cas actuel d'un soldat de la compagnie de la Légion étrangère, âgé de vingt-huit ans, qui entrait à l'hôpital d'Hell-Ville, le 16 avril 1899, pour des accès paludéens revenant tous les deux jours, avec températures très élevées au moment de l'accès, 40°7, 41°2.

Comme antécédents personnels, M. Manceau ne note ni syphilis, ni alcoolisme. Mais le malade raconte qu'étant matelot à bord d'un

navire de guerre, il se coucha sur une planche, et, dans son sommeil, il se blessa sur une pointe qui pénétra dans la région temporale gauche.

La pointe pénétra très profondément, et la plaie nécessita des soins et une exemption de service de trente jours.

Depuis, le malade s'est souvent ressenti de cette blessure. Il fut atteint souvent à partir de cette époque de trismus. A Nossibé, pendant huit jours, il eut des contractures des masséters qui l'empêchèrent d'ouvrir la bouche. L'accident de la tempe remontait à six ou huit ans; ces contractures se reproduisaient depuis, plusieurs fois par année. Ses camarades lui conseillaient souvent, mais en vain, de se présenter à la consultation; mais il se mettait simplement à la diète, à l'alimentation liquide, et les accidents passaient.

Le 14 avril, il fut pris d'un si violent accès de fièvre paludéenne, avec délire et température élevée, que M. le Dr Manceau crut devoir faire une injection de chlorhydrate de quinine.

Il se servit d'une solution fraîche, bouillie, nous écrit-il, et fit son injection avec une seringue stérilisée, après avoir fait l'antisepsie de la région fessière gauche, dans laquelle il voulait pratiquer l'injection.

M. Manceau est resté un an avec moi, il y a quelques années, comme externe ; il est habitué aux manœuvres antiseptiques, les a pratiquées dans mon service, et nous pouvons être sûrs que, s'il le dit, les précautions antiseptiques ont été prises aussi minutieusement que possible.

Or, malgré ces précautions, cette injection faite dans les muscles fessiers était suivie des phénomènes suivants.

Pendant les premiers jours, pas de fièvre, mais la région fessière devient douloureuse. Il n'y a cependant pas de rougeur, ni de trace d'inflammation profonde. M. Manceau fait mettre des compresses de sublimé.

Le lendemain, toute la région postérieure de la cuisse devient dure, douloureuse, contractée. Le toucher de la région est pénible, tellement la douleur est vive.

Tout ceci, cependant, se fait sans fièvre. Mais le 28 avril, en même temps que persiste la contracture des muscles de la cuisse et de la fesse, il se produit du trismus et de la contracture de la nuque. Le soir, la fièvre monte ; le malade est très agité, il conserve toutefois son intelligence.

Crises convulsives toute la nuit du 28 au 29. Contractures généralisées, le trismus s'accentuant de plus en plus. La température monte jusqu'à 42°3 et le malade meurt à 11 heures, trente heures après le début des premiers signes de tétanos.

Telle est cette observation que je vous donne en détail ; et, sur le diagnostic des accidents qu'a présentés ce malade, il n'y a pas, comme vous le voyez, de doute possible. Mais ce tétanos est curieux, comme le fait remarquer M. Manceau, parce qu'il semble bien démontrer l'importance d'une prédisposition pour devenir tétanique.

J'ai, en effet, moi-même, bien souvent été frappé du nervosisme exagéré antérieur des malades que j'ai observés, pris de tétanos. Les deux premiers malades, avant mon opération, avaient, dans la salle, donné des preuves manifestes de ce nervosisme.

Il montre de plus combien il faut, dans le pays où le tétanos sévit, être prudent quand on fait des injections sous-cutanées, petite opération bien insignifiante qui peut, dans ce cas, devenir la cause d'accidents redoutables.

Pendant la campagne de 1895 à Madagascar, un ordre du Directeur du service de santé défendit l'usage des piqûres de quinine dans le traitement des fièvres paludéennes, et Manson, dans son *Traité de la malaria*, dit en parlant du traitement : « Il est bon de mentionner que le tétanos a suivi quelquefois les injections de quinine. » Il attribue, avec raison, les accidents à un défaut de précaution aseptique. Toutefois, l'observation de M. Manceau, où il dit avoir pris toutes ses précautions, les faits que j'ai cités, qui se produisent dans un service où on les prend, montrent combien ces précautions sont difficiles à prendre, et combien nous devons les exagérer. Ces observations sont instructives à ce point de vue. Enfin, M. Manceau nous fait remarquer en passant qu'à Nossibé, où le tétanos est fréquent, il n'y a pas de chevaux, ce qui ne vient pas à l'appui de la théorie équine du tétanos.

M. Quénu. — Je me réserve de lire dans tous leurs détails les observations intéressantes de M. Reynier ; elles ne me sont pas du reste complètement étrangères, car je les ai lues, il me semble, déjà dans le *Journal de Médecine de Paris* et M. Reynier les à déjà communiquées à une autre société savante.

J'ai depuis douze ans observé un assez grand nombre de tétaniques, tous apportés du dehors : jamais je n'ai observé un cas intérieur. Il y a deux ou trois ans j'ai eu le triste privilège de traiter un assez grand nombre de tétaniques qui m'étaient envoyés pour que je leur fisse une injection intra-cranienne ; jamais aucun de ces opérés n'est devenu le point de départ d'une infection hospitalière. Je ne conçois même pas que la chose puisse avoir lieu. Je ne conçois pas que le microbe de Nicolaier traverse les murs, mais je conçois bien qu'il traverse les portes sur les mains ou vêtements du chirurgien,

d'un membre quelconque du personnel, médecins ou infirmiers, sur les pansements, canules, appareils, etc.

Aucun malade à opérer ne doit séjourner dans une salle où sont soignés les tétaniques; ceux-ci devraient être dans une chambre d'isolement avec une infirmière d'isolement et un externe spécialement chargé des pansements, faisant ces pansements avec des gants de caoutchouc chaque fois bouillis; les pansements sales, recueillis dans une bassine, doivent être immédiatement brûlés, et la bassine doit être flambée immédiatement; ce sont là les précautions que je fais constamment prendre.

Il est désirable que le chirurgien chef de service s'abstienne de toucher à la plaie infectée d'un tétanique. Je pense que neuf fois sur dix les mains sont l'agent intermédiaire de la contamination. Une autre cause d'erreur peut-être est la baignoire commune.

Quant au catgut, il peut être aujourd'hui stérilisé d'une façon complète à l'autoclave à l'alcool au delà de 120 degrés et de manière que tout spore soit détruit; il est bon que cette stérilisation se fasse dans chacun de nos services, cela est facile. Voici du catgut n° 0, très solide, comme vous pouvez voir, enroulé autour d'une bobine creuse et remplie d'acide benzoïque mélangé à une poudre colorée en rose. La coloration rouge indique au chirurgien, au moment où il choisit sa bobine, que le catgut enroulé a été porté au moins à 128 degrés et par conséquent offre toute garantie.

M. Pierre Delbet. — Puisqu'il est question du traitement du tétanos, je vous demande la permission de rappeler un fait qui m'a vivement et péniblement impressionné.

Un jeune homme de dix-huit ans fut apporté le 6 avril dans mon service de Bicêtre, ayant le tétanos. Aucune porte d'entrée. Il disait avoir eu au pied une petite écorchure dont il ne restait plus trace. Voici quel était l'état du malade lorsque je le vis le 6 avril. Trismus net mais modéré, le malade peut facilement parler. Opistothonos très accentué, les muscles des gouttières vertébrales sont absolument rigides, les membres ne présentent aucune contracture. J'ai pu examiner l'état des réflexes : le réflexe patellaire était exagéré, je n'ai pas besoin de le dire, mais j'ai pu faire cette exploration sans déterminer de convulsions cloniques. Le pouls, nullement accéléré, battait 70, et la température ne dépassait pas 37 degrés. Elle avait été prise avant mon arrivée à l'hôpital; je l'ai reprise moi-même en raison de la grande importance de ce symptôme pour le pronostic,

En somme, il s'agissait incontestablement de tétanos, mais ce cas paraissait très bénin.

Comme mon expérience sur cette maladie est très courte, c'est

le troisième cas que je voyais depuis le début de ma carrière médicale, je fis prévenir par le téléphone M. Borrel, dont la compétence est indiscutable, et le priai de venir voir mon malade.

M. Borrel arriva à Bicêtre vers 1 heure de l'après-midi, alors que j'étais parti. Il me téléphona qu'il était d'avis de faire une injection intra-cérébrale de sérum antitétanique. Je lui marquai ma surprise en lui faisant observer que l'absence de contracture dans les membres, que l'état du pouls et de la température indiquaient une forme bénigne. M. Borrel insista. Il considérait le cas comme bénin; cependant le pouls était monté à 110, il pensait que l'injection intra-cranienne assurerait et hâterait la guérison. Comme sa compétence sur ce point est incomparablement supérieure à la mienne, je cédai et lui donnai l'autorisation de faire ce qu'il jugerait profitable au malade.

M. Borrel fit donc avec mes internes l'injection intra-cérébrale. Elle fut terminée à 3 h. 30.

A 5 heures du soir, l'agitation était marquée et la température s'élevait à 38° 2. On donna du chloral et on fit des injections sous-cutanées de sérum antitétanique.

Après plusieurs alternatives, le malade succomba le 8 avril à six heures du matin, c'est-à-dire quarante heures après l'injection intra-cérébrale.

Messieurs, ce cas m'a causé une impression vraiment pénible. Je ne veux rien affirmer; il s'agit là non pas de certitude, mais seulement d'impressions, et ce sont choses dont il ne faut parler qu'avec d'extrêmes réserves. Je ne veux pas dire d'ailleurs que le malade eût guéri sans l'injection intra-cérébrale, mais je ne puis m'empêcher de croire, étant donnés les symptômes dont je vous ai parlé, qu'il n'aurait pas succombé aussi vite.

J'ai observé un autre cas de tétanos encore plus pénible pour moi, car il s'est développé chez un malade à qui j'avais pratiqué une résection du genou l'été dernier à l'Hôtel-Dieu.

Ces deux malades, celui de l'Hôtel-Dieu et celui de Bicêtre, étaient dans la salle commune, car je n'avais pas le moyen de les isoler. Cependant ils n'ont été l'origine d'aucune contagion. Il n'y a pas eu d'autre cas de tétanos ni dans l'un ni dans l'autre service.

M. Brun. — Je citerai un fait qui vient à l'appui des remarques de M. Delbet. Un enfant atteint de tétanos fut adressé à notre collègue Comby, à l'hôpital des Enfants-Malades; il me pria de le voir avec lui. Le cas me parut bénin. Certainement il existait du trismus, de la raideur de la nuque, mais le pouls était normal, et la température à 37°. Je conseillai l'isolement et le chloral à haute dose. Un des internes de M. Comby, qui l'année précédente avait

vu guérir un cas de tétanos par l'injection intra-cérébrale, insista beaucoup pour que cet enfant fût soumis au même traitement, et cet avis prévalut! Le soir même de cette injection, il y eut une élévation de température et une aggravation de symptômes, et, le lendemain, cet enfant succombait à ce tétanos.

M. MONOD. — J'ai observé cette année un cas de tétanos, cas absolument isolé; il me paraît intéressant de le rapprocher de ceux qui viennent de vous être communiqués.

Il s'agit d'une jeune femme de trente-quatre ans opérée par moi le 14 mars 1901 de laparotomie pour annexite double. L'opération fut sans incidents et les suites apyrétiques. La malade fut ramenée du pavillon d'isolement dans la salle commune le 29 mars en apparence guérie, la plaie d'opération complètement fermée.

Le soir même elle se plaignit de mal de gorge et d'un peu de gêne pour fermer la bouche, sans élévation de température. On attacha d'abord peu d'importance à ces phénomènes. Le lendemain seulement il fut évident qu'il s'agissait d'accidents tétaniques.

La contracture s'était étendue de la mâchoire aux muscles de la nuque avec crises spasmodiques douloureuses.

La malade est isolée. Chloral à hautes doses. Injections antitétaniques. Le 2 avril seulement les contractures se généralisent aux muscles lombaires (opistothonos).

Le pouls et la température s'élèvent (160, 39°5).

Les phénomèmes vont en progressant et la malade meurt le 4 avril.

Le dernier cas de tétanos que j'aie observé à Saint-Antoine date du mois d'août 1896. Tétanos parti d'une luxation compliquée du poignet et guéri à la suite d'une amputation du bras.

Tous les malades entrant dans le service, atteints d'une plaie quelconque, reçoivent, suivant la pratique conseillée par M. Bazy, une injection de sérum antitétanique.

Nous avons cherché quelle pouvait être l'origine du cas présent. La seule circonstance à invoquer en faveur d'une contagion possible est le fait que, dans un pavillon très voisin du nôtre, il y avait eu récemment deux cas de tétanos spontané.

Aucune communication habituelle n'existe entre le personnel des deux services; pourtant une infirmière de veille de mon pavillon avait assisté à la noce de l'infirmière chargée de donner des soins aux deux tétaniques du pavillon voisin.

J'ajoute que, bien que la malade ait été transportée dans la salle commune, aucun autre cas de tétanos ne s'est produit chez nos opérés ou chez nos blessés, aucun non plus dans le pavillon d'isolement, ni chez mes opérés, ni chez ceux de mon collègue, M. Blum.

M. Quénu. — M. Monod s'est-il occupé de la question des bains? Ces baignoires communes à tous les malades du dehors, médecine, chirurgie, malades à opérer, sont un danger permanent.

M. Monod. — Nos malades sont baignés dans le pavillon où ils doivent être opérés, sans aucune promiscuité.

M. Bazy. — Je désire ajouter quelques réflexions à celles qui ont été faites par nos collègues, et qui m'ont décidé à prendre la parole.

Tout d'abord je dois dire que, malgré le cas en apparence défavorable de M. Reynier, les injections préventives de sérum antitétanique ont fait leurs preuves. Pour mon compte, je veux dire que je n'ai jamais vu de cas de tétanos depuis que j'ai fait faire systématiquement des injections préventives à tous les blessés atteints de plaies de rue, et j'en ai eu un certain nombre qui, par la nature et le siège de leur plaies, ainsi que par les souillures dont elles étaient couvertes et la difficulté de l'antisepsie, étaient singulièrement prédisposés au tétanos.

Je n'ai eu que deux exceptions : c'est quand, en mon absence, on a négligé de faire ces injections.

Je n'ai jamais eu de cas de contagion dans mon service.

Pour ce qui concerne l'influence du traitement, je veux revenir sur une observation que j'ai citée dans une discussion précédente et qui a été trop écourtée pour être intéressante. La voici :

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans venu de la campagne avec un tétanos confirmé, trismus, contracture des membres inférieurs et supérieurs et raideur très marquée de la nuque, rire sardonique, sans fièvre.

Ce tétanos était consécutif à une plaie de la face dorsale de la main.

Aussitôt que je le vis, je le soumis à l'influence du bromure de potassium, 4 grammes par jour, et aux lavements de chloral, dont il prenait 12, 14, 16 grammes par jour, de manière à être maintenu dans un état de somnolence constante.

Le médecin qui soignait le malade avec moi, le Dr Garrigues, très au courant de la question, s'était hâté, dès l'arrivée du jeune homme à Paris, d'aller à l'Institut Pasteur, chercher du sérum antitétanique.

En présence d'une maladie aussi grave et quoique les injections sous-cutanées de sérum antitétanique n'aient pas une grande valeur curative, je pensai devoir faire flèche de tout bois et nous injectâmes 30 centimètres cubes de sérum dès le premier jour.

Quand le Dr Garrigues revint renouveler la provision de sérum

à l'Institut Pasteur, il fit part de notre thérapeutique à M. Roux. Celui-ci s'éleva avec beaucoup d'énergie contre cette thérapeutique, disant que nous faisions plus de mal que de bien à notre malade : car les lapins auxquels on inocule le tétanos meurent, si on leur donne du chloral, plus vite que si on ne leur en donne pas.

Je ne fus pas beaucoup influencé par ces raisons. Mais pour mon confrère, il en fut autrement ; il diminue beaucoup le chloral : immédiatement les accidents reparaissent ; nous reprenons le chloral et nous avons eu le bonheur de guérir notre malade.

Présentations de malades.

Anomalie de la voûte palatine.

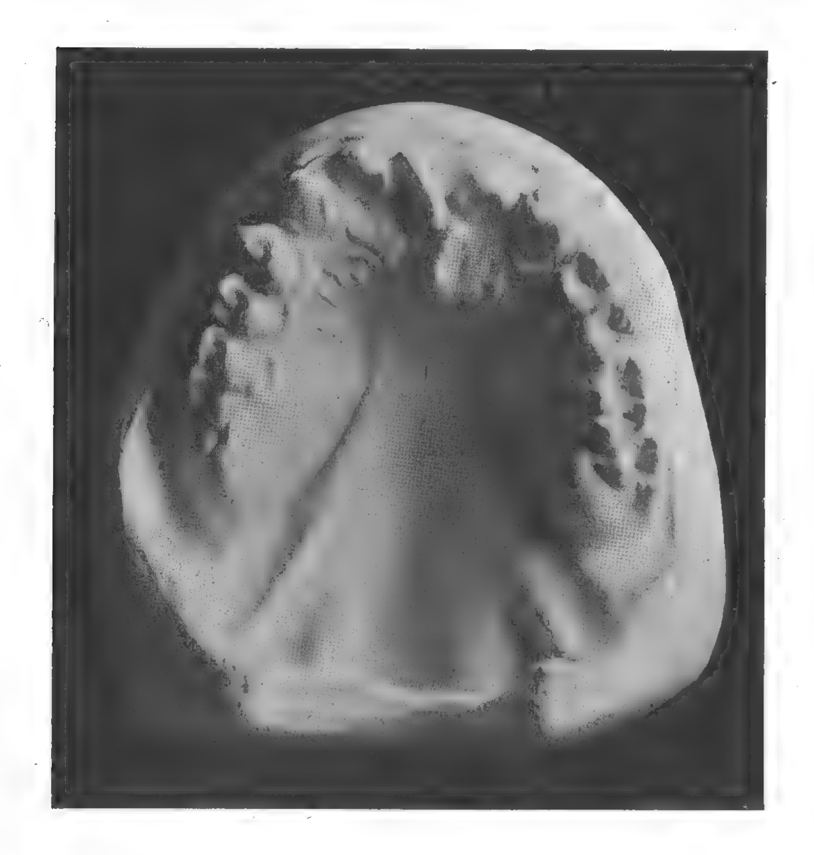
M. Ehrmann. — Le jeune homme que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie est atteint d'une malformation du palais extrêment rare et intéressante au point de vue de la physiologie pathologique des divisions palatines.

Divers auteurs ont relaté des observations dans lesquelles le nasonnement caractéristique des sujets porteurs de division du palais coïncidait avec un plafond buccal de conformation en apparence régulière. Un examen plus attentif fait découvrir dans ces cas, cachée sous la muqueuse, une bifidité postérieure de la voûte osseuse, accompagnée de ce raccourcissement antéro-postérieur de tout le maxillaire sur lequel Trélat a plus particulièrement insisté, et qui fait obstacle à ce que le voile du palais remplisse efficacement son rôle dans l'occlusion de l'isthme pharyngien.

Ces faits, depuis que Passavant a attiré l'attention sur eux vers 1860, sont devenus assez fréquents : j'en ai pour ma seule part observé et publié plusieurs. Ce qui — à l'opposé de ce que l'on constate chez le malade que j'ai l'honneur de vous soumettre — les caractérise en bloc, c'est que la fibro-muqueuse, d'épaisseur variable, parfois très mince, qui recouvre la brèche osseuse, se continue avec un voile du palais d'aspect normal ; tout au plus existe-t-il un certain degré de bifidité de la luette, ou un raphé fibreux plus ou moins large, plus ou moins aminci au corps même du voile.

Trélat, s'appuyant sur des exemples infiniment rares, mais reconnus authentiques, de guérison spontanée de divisions palatines après la naissance, considérait les faits dont il s'agit comme déterminés par la guérison intra-utérine de divisions préexistantes ;

d'autres auteurs, plus nombreux, n'y ont vu qu'un simple arrêt dans le processus physiologique qui normalement aboutit à la soudure des bourgeons embryonnaires, sans qu'il puisse être établi qu'à un moment donné ait existé une lésion présentant le caractère d'une malformation proprement dite, c'est-à-dire définitive. Ce sont là des constatations d'interprétation très déli-



cate ; il semble que le cas de mon malade donnerait plutôt raison à la première de ces hypothèses.

Il s'agit d'un garçon de quinze ans, grand pour son âge, offrant l'habitus extérieur, l'air un peu ahuri, de certains divisés du palais. Il a les narines asymétriques, — la gauche est notablement moins large que la droite, — un sillon alvéolaire, les dents incisives mal plantées, la luette légèrement bifide. Le palais osseux est profondément échancré; il n'y a que 23 millimètres entre l'angle antérieur de la perte de substance de l'os et le sillon incisival ; il mesure sur les côtés 46 millimètres. Le tissu fibreux, assez

épais, grisâtre, qui recouvre l'échancrure et au centre duquel s'aperçoit une petite fistule borgne, linéaire, de 2 à 3 milllimètres de longueur, est en continuité immédiate avec deux replis profonds qui occupent les parties latérales du voile et se confondent en arrière avec les piliers antérieurs (1). C'est absolument comme si ce noyau, en se rétractant à la façon d'une cicatrice, avait attiré à lui, en les fronçant, les parties molles avoisinantes. De cette disposition résultent deux brides qui tendent à maintenir le voile en position verticale et contrecarrent l'action de ses muscles élévateurs.

C'est plus qu'il n'en faut — étant donné que déjà la voûte osseuse est courte, et quoique le voile lui-même soit assez bien étoffé — pour que la voix soit nasonnée, l'articulation grimaçante.

Quand le sujet me fut amené, il y a trois ans, ses parents espéraient qu'une opération le débarrasserait de son vice de langage. J'estimai plutôt qu'il était à traiter comme un opéré de palatoplastie, médiocrement réussi et non encore éduqué.

Sur mon conseil, il fut placé à Paris chez un professeur d'orthophonie, qui lui donna durant une année entière des leçons quotidiennes; depuis lors, il utilise les vacances que lui laissent ses études au collège de Saint-Omer pour venir se retremper, pendant quelques semaines chaque fois, aux leçons de son maître.

Le résultat de cette gymnastique vocale, consciencieuse et prolongée, a été une amélioration assurément très importante; ce qui était corrigible paraît réformé; mais il reste encore à faire, et depuis assez longtemps, il faut bien le dire, les progrès sont stationnaires; ils se butent manifestement, comme pour certains palais trop courts après la staphylorraphie, à une difficulté anatomique.

L'éducation phonétique a-t-elle donné tout ce qu'elle peut fournir? Une intervention pourrait-elle aider à en obtenir davantage? C'est difficile à préciser.

Je me suis demandé si une incision transversale à l'origine du voile, transformée, à la faveur d'une large mobilisation de lambeaux périostiques latéraux, en une ouverture losangique que l'on suturerait en travers, n'amènerait pas, en en abaissant l'insertion supérieure, le relâchement des replis qui brident l'organe, et

(1) L'intervalle qui sépare leurs bords externes est de 17 millimètres à leur origine, et de 35 millimètres en arrière, à la hauteur de la dernière dent molaire.

Sur la planche ci-contre, photographiée d'après un moulage, ces replis sont un peu moins larges et surtout moins saillants que sur nature, parce que l'organe, en raison de sa mollesse, avait cédé sous la pression de la pâte employée pour fixer l'empreinte.

n'en favoriserait pas dès lors l'assouplissement. Je ne me dissimule pas que le résultat d'une tentative de ce genre est assez aléatoire, d'autant que les bords de la perforation que l'on créérait seraient constitués par du tissu fibreux, relativement mince, qui ne se prêterait peut-être pas à une bonne réunion. Il n'est pas certain que le jeu que l'on obtiendrait, en cas de réussite, puisse contrebalancer suffisamment la condition défectueuse résultant de la profondeur actuelle de l'espace pharyngo-palatin, qui est de près de deux centimètres. C'est pourquoi j'hésite. Il me serait précieux — comme il s'agit ici d'un cas exceptionnel — de m'éclairer de l'avis si autorisé de ceux des membres de la Société de chirurgie que ces questions intéressent.

M. Pierre Delbet. — J'ai vu les malades à propos desquels mon maître, M. le professeur Trélat, a édifié la théorie dont vient de parler M. Ehrmann. J'ai étudié entre autres une jeune fille fort intéressante dont j'ai remis l'observation à M. Trélat.

En somme, ces individus sont dans la même situation que certains opérés de staphylorraphie ou d'uranoplastie, et, au point en vue fonctionnel, ils parlent mal.

Ils parlent mal, non pas parce que leur voile palatin est mince de son milieu, mais parce qu'il est trop court.

Dans leurs défauts de langage, il faut distinguer deux choses, des maladresses et des impossibilités. Les maladresses peuvent être corrigées par des exercices orthopédiques; les impossibilités sont irréductibles. Je n'ai pas pu étudier le malade de M. Ehrmann; je ne sais pas où il en est de son éducation orthophonique, mais cela est en général assez facile à déterminer, car les impossibilités portent toujours sur les mêmes articulations qui sont le D, le K et le P, le G dur étant assimilé au K.

Ces malades parlent mal parce que leur voile du palais est trop court. Passavant avait déjà insisté, il y a pas mal d'années, sur la brièveté du voile. Sa théorie, à mon avis, est juste, et je crois qu'on peut prédire avant d'opérer un palais fendu quel sera le résultat phonétique de l'intervention. Il suffit pour cela de mesurer comparativement la voûte palatine osseuse et membraneuse d'une part, et d'autre part la distance qui sépare les incisives du fond du pharynx. Dans mon volume de cliniques, j'ai donné un certain nombre de ces mesures qui sont très démonstratives.

Chez certains individus, le palais fendu est non seulement aussi long, mais parfois même plus long que la distance qui sépare les incisives du fond du pharynx; chez d'autres, au contraire, il est notablement plus court.

En somme, il y a des individus qui ont le palais simplement

divisé; il en est d'autres chez qui il est à la fois divisé et atrophié. Les premiers, lorsqu'ils sont soumis à une éducation convenable, parlent bien. Un jeune garçon que j'ai opéré, il y a cinq ou six ans, qui avait une fente d'une largeur énorme mais un palais long, a eu, l'an dernier, un prix de récitation au collège.

Les autres, ceux qui ont le palais atrophié, c'est-à-dire trop court, parlent mal, même après une opération parfaitement réussie.

Ils parlent mal en général, mais il y a des exceptions. J'ai opéré une fillette fort intelligente, très humiliée dans son amour-propre des imperfections de son langage, qui avait un palais trop court. Je fus surpris, en la revoyant un an après, de sa prononciation; ce n'était pas la perfection, mais sa parole était clairement compréhensible et nullement ridicule.

En étudiant cette fillette, voici ce que j'ai constaté. Toutes les fois qu'elle émettait un son nécessitant l'oclusion de ses cavités nasales, on voyait se former sur la paroi postérieure de son pharynx un pli horizontal qui s'avançait au-devant de son voile trop court. Ne pouvant fermer son pharynx avec sa voûte palatine, elle le fermait en produisant sur son pharynx une valvule en forme de croissant. Des fibres de son constricteur s'étaient hypertrophiées, qui, en se contractant, formaient la corde de l'arc représenté par la moitié postérieure du conduit pharyngien.

Cette constatation m'a donné à penser que dans les cas de brièveté du palais on obtiendrait un résultat heureux en créant artificiellement un pli transversal dans le pharynx. Je ne crois pas d'ailleurs être le seul à avoir eu cette idée. Sans que mes souvenirs soient précis, il me semble avoir lu quelque chose de ce genre. Je n'ai pas eu occasion de pratiquer cette opération qui me semble devoir être très simple. Il suffirait de former avec deux pinces le pli en bonne place et de le fixer par une série de points en U.

Je me demande si le malade de M. Ehrmann ne bénéficierait pas d'une intervention de ce genre.

M. Le Dentu. — J'ai examiné avec beaucoup d'intérêt ce malade, car je n'ai jamais vu une lésion semblable; ce qui frappe, ce n'est pas la translation en avant de la luette, ce sont les deux plis qui vont des gencives aux piliers.

Au point de vue thérapeutique, la question est délicate : l'incision transversale ne donnera peut-être pas de résultat.

L'opération de la plicature du pharynx, dont nous a parlé M. Delbet, a déjà été proposée — ne serait-ce pas le cas de songer à la prothèse? Dans certain cas où le voile est insuffisant, la languette de caoutchouc donne des résultats excellents. Cet appa-

reil est léger, aussi petit que possible, et grâce à cette prothèse on peut victorieusement combattre cette insuffisance.

M. Walther. — La malformation que nous présente M. Ehrmann est tout à fait exceptionnelle. J'ai vu, dans le service de Trélat, deux malades qui présentaient la malformation à laquelle M. Delbet faisait allusion ; la voûte palatine faisait défaut sur une plus ou moins grande étendue, remplacée par un plan fibreux, mais il n'y avait pas, au moins chez ceux que j'ai pu examiner, ces bourrelets latéraux si saillants que nous voyons chez le malade de M. Ehrmann.

M. Ehrmann. — Je remercie nos savants collègues des avis qu'ils ont bien voulu émettre ; ils ne sont pas favorables à l'intervention telle que je l'avais conçue ; en présence des restrictions que j'avais formulées, j'aurais eu besoin d'y être encouragé pour l'entreprendre.

Des judicieuses considérations développées par M. Delbet, je retiens plus spécialement ce qui a trait à l'opération de plicature pharyngienne qu'il propose pour notre malade. Cette opération a son point de départ dans la donnée fournie par l'action compensatrice bien connue du muscle constricteur supérieur du pharynx, dans les cas où l'espace annulaire circonscrit par ce muscle et par les muscles staphyliens n'arrive plus à se contracter au degré normal. Elle est donc rationnelle; il lui manque la sanction de l'observation clinique. Je la méditerai. Mais son exécution ne me paraît pas si simple, car il faudrait agir sur le muscle lui-même, pour arriver à donner à la saillie pharyngienne une épaisseur et une résistance suffisantes. Ces manœuvres exigent du jour; elles nécessiteraient sans doute l'incision temporaire du voile palatin.

Bien que la prothèse soit une ressource qui, de prime abord et surtout dans son application au jeune âge, répugne au chirurgien, il est probable que je finirai par me rallier à la solution préconisée par M. le professeur Le Dentu. Et, dans ce cas, ce serait à l'obturateur pharyngien de Kappeler-Brugger ou à celui de Hahn (le bloc élastique creux du modèle primitif de J. Wolff-Schiltzky est remplacé dans l'un et l'autre par une pièce pleine, également moulée sur le naso-pharynx) que j'aurais recours de préférence. Je me suis fort bien trouvé de cet appareil dans plusieurs cas où la staphylorraphie n'avait pu, en raison de la brièveté du voile, réaliser le résultat phonétique désiré.

Kyste hydatique du rein. Néphrectomie lombaire. Guérison.

M. J. Albarran. — La malade que j'ai l'honneur de vous présenter est une femme âgée de trente-trois ans qui n'a eu aucun antécédent pathologique digne de remarque jusqu'au mois de novembre 1898. Elle fut prise à ce moment de douleurs intenses dans la région costo-iliaque gauche, qui lui permirent cependant de continuer son travail. Ces douleurs augmentèrent les jours suivants et un mois après, les urines, jusqu'alors claires, devinrent troubles, chargées de pus. Ces accidents passèrent et la malade se trouva bien jusqu'en janvier 1901. Après les règles, qui ne durèrent qu'un jour, la malade souffrit de nouveau dans la région lombaire et les urines devinrent troubles, chargées d'un dépôt semblable à de la gélatine. La douleur persistante dans la région du rein, quelques irradiations le long de l'uretère, puis des accès fébriles irréguliers, engagent la malade à entrer à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon, salle Laugier, n° 17, le 22 mars de cette année.

L'examen de la malade au moment de son entrée fit constater que la vessie avait une capacité normale, que le rein droit était mobile, non douloureux et facilement réductible. Le rein gauche ne fut pas senti. Les urines contenaient 11 gr. 50 d'urée et des traces d'albumine; leur quantité était normale et l'examen microscopique ne décela que de rares leucocytes. L'examen cystoscopique démontra que l'orifice urétéral du côté gauche était béant et plus large que le droit, et qu'il se trouvait dans une zone de la grandeur d'une pièce de 50 centimes dans laquelle la vessie était rouge. Le cathétérisme urétéral permit d'arriver facilement jusque dans le rein gauche ; on retira de l'urine contenant de très nombreux leucocytes, quelques globules rouges et des microcoques. L'analyse chimique de l'urine ne fut pas pratiquée parce que la sonde urétérale se boucha rapidement. L'urine du rein droit était normale.

Le 28 mars la malade rendit des urines troubles contenant de nombreuses vésicules hydatiques facilement reconnaissables ; elle continua ensuite à uriner des hydatides dans les jours suivants sans que la température montât au delà de 37°6. Elle avait eu, au début de son séjour à l'hôpital, jusqu'à 38°4.

Le 3 avril j'examinai la malade et je pus constater l'existence d'une tumeur arrondie du côté gauche de l'abdomen ; la tumeur était presque entièrement sous-costale et on ne pouvait au palper que la sentir vaguement, dépassant à peine le rebord costal. Par le phonendoscope je déterminai que cette tumeur dépassait le

volume des deux poings, qu'elle remontait jusqu'au septième espace intercostal.

La tumeur n'avait aucune mobilité communiquée, elle ne se déplaçait pas pendant les mouvements respiratoires. En arrière elle paraissait avoir un contact lombaire incomplet : on arrivait à sentir une vague transmission en masse, mais non du ballottement.

J'opérai le 6 avril. Par une incision lombaire oblique j'arrivai sur la tumeur dont l'extrémité inférieure seule dépassait les côtes. Après avoir largement incisé la poche je fis sortir une très grande quantité d'hydatides et je lavai largement à l'eau bouillie. Je me rendis compte alors de l'épaisseur considérable des parois de la poche, que vous pouvez voir dans la pièce que je vous présente; par places la paroi était calcifiée. En essayant d'attirer la poche hydatique je me rendis compte qu'elle était située au devant du rein, refoulé lui-même, complètement aplati, méconnaissable presque.

Ne pouvant appliquer le procédé de Delbet, je voulus me rendre compte de la possibilité d'extirper la tumeur. J'arrivai à la séparer facilement du côlon qui la recouvrait en avant. Une adhérence, qui fixait la poche à la rate fut enlevée, avec une petite portion de péritoine; je suturai cette ouverture. J'eus plus de peine à détacher la tumeur du diaphragme et un sifflement m'avertit de l'ouverture de la plèvre, que je fermai par une suture en bourse. Je finis de dégager l'uretère, qui était gros, à parois rigides, et que je sectionnai à 8 centimètres au-dessus du rein. Je liai ensuite le pédicule au catgut et j'enlevai le rein avec le kyste.

Les suites opératoires ont été très simples : pas de fièvre, pas la moindre réaction. La plaie s'est cicatrisée par première intention, sauf au niveau des mèches. Vingt-six jours après l'opération la malade partait complètement guérie pour le Vésinet. Vous pouvez constater en ce moment qu'elle est en parfait état.

En examinant cette pièce vous voyez que la tumeur est située sur la face antérieure du rein, sans qu'on puisse dire si elle est née dans le rein lui-même ou en avant de lui. Vous voyez encore l'ouverture de communication avec le bassinet.

J'appelle l'attention sur l'état du rein presque complètement détruit par compression et envahissement direct. Les portions du rein qui persistent présentent des lésions avancées d'hydro-pyonéphrose et jusque dans les calices dilatés on trouve des hydatides.

Si chez cette malade je m'étais borné à ouvrir la poche j'aurais certainement eu une très longue suppuration consécutive : je note encore la possibilité, dans ce cas, de lésions infectieuses dépendantes de la rétention rénale. Malgré l'opinion courante je crois

que la néphrectomie doit être pratiquée dans certains cas de kystes hydatiques du rein. Lorsque le rein trop détruit ne présente plus d'utilité fonctionnelle et que les conditions anatomiques rendent l'extirpation possible sans grand danger, la néphrectomie lombaire me paraît préférable à la néphrostomie.

M. Bazy. — La communication de M. Albarran me suggère tout d'abord une réflexion : je constate qu'il vient, une fois de plus, nous démontrer lui-même l'inutilité du cathétérisme de l'uretère. Il a été inutile, puisqu'il ne lui a donné aucun résultat, il n'a pu en tirer aucun enseignement. Il était en outre inutile de le pratiquer, puisque, le diagnostic étant fait d'après la constatation d'hydatides dans l'urine et l'existence d'une tumeur, une intervention s'imposait, et l'intervention étant devenue nécessaire, on devait voir le rein, et c'est en le voyant qu'on pouvait et qu'on devait le mieux s'assurer de son état.

Dans son opération, M. Albarran a constaté que le rein était détruit, et il a bien fait de l'enlever; il a donc pu se passer des résultats du cathétérisme urétéral.

Cette observation me permet de dire comment je me suis comporté vis-à-vis d'un kyste hydatique du rein que j'ai eu à traiter, il y a deux ans. Je ne veux pas donner ici les indications et le manuel opératoire du traitement des kystes hydatiques du rein; je me bornerai à dire ce que j'ai fait.

Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans environ, porteur à la fois d'un kyste hydatique du foie et d'un kyste hydatique du rein droit.

J'abordai la tumeur, qui faisait saillie dans l'hypocondre, par la laparotomie latérale.

Je réséquai la plus grande partie du kyste du foie; puis, portant une main en arrière, je me mis en devoir de l'extraire; je trouve un kyste hydatique du rein; je l'ouvre et je cherche à l'extirper. J'y parviens, mais je suis obligé de mettre une pince sur une branche de l'artère rénale sectionnée, et j'ouvre le bassinet sur une grande étendue. Le quart postéro-supérieur du rein manquait; je pensais, malgré l'ouverture large du bassinet, pouvoir conserver le rein; je liai donc la branche de l'artère rénale que j'avais tout d'abord pincée. J'avais remarqué que la partie supérieure du rein, celle qui correspondait probablement à l'artère sectionnée, était devenue couleur feuille morte, et une piqûre à ce niveau ne donnait pas de sang. Cette portion était donc destinée à la nécrose; j'avoue que je ne m'en préoccupai pas, étant sûr de l'asepsie, et je la laissai en place.

Il restait à fermer le bassinet; pour cela, je pris des lambeaux membraneux et de tissu conjonctif plus ou moins fibreux avec lesquel je coiffai le rein, et que je suturai de façon à fermer le bassinet.

Par mesure de précaution, je mis dans la plaie un drain que je fis sortir par la région lombaire préalablement aseptisée.

Pas une goutte d'urine ne s'écoula par la plaie, ni par le drain, que je retirai au bout de quatre jours.

J'avoue qu'aujourd'hui j'aimerais mieux employer le procédé de notre collègue Delbet.

Cette apparence feuille morte d'une portion du rein à la suite d'une ligature d'une des branches de l'artère rénale m'avait frappé. J'ai fait des expériences sur les chiens; j'ai lié une branche de l'artère rénale, et j'ai déterminé ainsi des nécroses partielles du parenchyme rénal, se traduisant par l'atrophie d'une portion limitée de l'organe, par une dépression partielle et très nette plus ou moins étendue, mais bien limitée à la surface du rein, ce qui prouve que les branches de l'artère rénale sont des branches terminales.

M. Monod. — Aux faits qui viennent d'être cités, je puis en joindre un récemment observé par moi à Saint-Antoine. Il a déjà été publié *in extenso* par un de mes élèves (1). Je le résume brièvement. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans, chez laquelle le diagnostic de rein flottant (droit) avait été porté. On avait remarqué en outre que le rein déplacé semblait augmenté de volume, sans que l'on pût savoir exactement pour quelle raison.

L'opération fut faite par incision lombaire. Le rein mis à découvert, et amené avec un peu de peine dans la plaie, à cause de son augmentation de volume, on put constater que son pôle inférieur était comme coiffé d'une masse sessile, évidemment kystique. Cette masse, ponctionnée, puis incisée, fut reconnue être un kyste hydatique.

La membrane hydatique extraite, la poche adventice est réséquée au ras du rein. La surface d'insertion est ensuite grattée à la curette et désinfectée. Après quoi le rein remis en place est fixé à l'ordinaire au catgut.

Suites opératoires nulles. Dix jours après, ablation des fils cutanés. Le vingt-deuxième jour, la malade sort complètement guérie.

M. Tuffier. — J'ai pratiqué plusieurs opérations pour kystes

(1) Kyste hydatique du rein droit. Obs. rec., par M. Herdocia. *Gaz. heb. de méd. et de chir. de Paris*, 7 mars 1901, p. 217.

hydatiques du rein; en voici deux exemples. Le premier a trait à un kyste hydatique du rein compliqué d'hydronéphrose; mais je suis intervenu par la voie transpéritonéale. Ce fait est bien connu, j'ai présenté ici même la pièce. Voici cette observation (1) :

B... (Marie), dix-huit ans, entre dans mon service de Lariboisière (salle Elise Roy) le 6 février 1900, pour une tumeur abdominale qu'elle porte depuis environ un an, mais qui ne la fait souffrir que depuis une huitaine de jours.

Elle déclare cependant qu'il y a dix ans, alors qu'elle n'avait encore que huit ans, elle avait déjà eu une tumeur dans le ventre, tumeur s'accompagnant d'une douleur tolérable (point de côté); cette tumeur, qui grossit rapidement, fut ponctionnée la même année (décembre 1890) : il en serait sorti 1 litre et demi de liquide et on aurait porté alors le diagnostic de kyste hydatique du foie. Dès lors, la tumeur ne reparut plus qu'il y a un an.

A l'inspection on constate l'existence d'une tumeur arrondie faisant saillie à droite de l'ombilic, et, à la palpation, que cette tumeur remplit complètement le flanc gauche, s'étendant du foie à la fosse iliaque correspondante. Elle déborde un peu la ligne médiane au niveau de l'ombilic. Elle est lisse, régulière, fluctuante, mate à la percussion, séparée du foie par une bande de sonorité. Elle est assez peu mobile; cependant elle se déplace verticalement pendant les mouvements respiratoires.

La malade ayant eu ses règles du 9 au 12 février, on ne l'opère que le 13 février.

Laparotomie latérale le long du bord externe du grand droit du côté gauche et sur une hauteur de 12 centimètres. Je tombe sur une tumeur kystique indépendante du foie, rétropéritonéale, refoulant le côlon descendant en dedans. J'incise verticalement le feuillet péritonéal qui recouvre la face antérieure de cette tumeur et je parviens, avec peine, à le décoller de chaque côté. Je rabats les deux volets péritonéaux bien en dedans, l'autre en dehors et je les fixe à l'aide de pinces au péritoine pariétal, de façon à avoir le kyste bien à découvert devant moi, Je ponctionne avec le trocart de l'appareil Potain, mais je n'obtiens que quelques gouttes de liquide. J'incise alors la poche longitudinalement dans l'espace dénudé et il en sort une quantité énorme d'hydatides vivantes de tout volume; une membrane épaisse, gélatineuse, qui semble être la paroi de l'hydatide même, est extraite de la poche. J'aurais pu facilement faire le capitonnage du kyste; mais je trouvai une deuxième poche coiffant l'extrémité supérieure de la première. j'extirpai donc la première, après avoir libéré l'uretère accolé sur une longueur de 10 à 15 centimètres le long de la paroi externe de la poche; cet uretère n'était pas dilaté. J'ouvre ensuite la deuxième poche : il en sort un liquide citrin qui est manifestement de l'urine. Il s'agissait en effet d'une poche d'hydronéphrose à la partie supérieure de laquelle se

(1) Observation recueillie par mon interne, M. Michaud.

trouvait encore une mince portion de parenchyme rénal. Dans ces conditions je pensai qu'il fallait en faire l'extirpation totale. Celle-ci fut assez pénible à cause des adhérences de cette poche avec la veine cave inférieure sur une étendue de plus de 10 centimètres. L'extirpation terminée, je suturai les deux feuillets péritonéaux au catgut; la ligature des pédicules fut également faite au catgut. Drainage; un seul plan de suture par la paroi abdominale. Suites opératoires bonnes, troublées dans les premiers jours par une légère bronchite. Elle sort le 7 mars 1900 parfaitement guérie, rendant 1 litre et demi d'urine environ par 24 heures.

Dans un 2e cas de kyste hydatique du rein, j'ai pu conserver l'organe et me contenter d'inciser et de suturer le kyste sans drainage. Voici cette 2e observation :

F... (Marie), vingt-trois ans, entre dans mon service de Lariboisière (salle Elisa Roy) le 13 mai 1899, pour des douleurs et une tuméfaction siégeant dans le côté gauche de l'abdomen.

Toujours bien portante jusqu'à il y a six ans, elle commence à ressentir vers cette époque et au moment de ses règles de violentes douleurs siégeant dans la région lombaire gauche; pas le moindre trouble de la miction. Survient une première grossesse il y a cinq ans : les douleurs deviennent continues, et le ventre, dans son développement, présente une asymétrie marquée en faveur du côté gauche. L'accouchement se fait normalement. Mais depuis ce moment, les douleurs lombaires s'accusent plus violentes à l'époque des règles, obligeant la femme à rester couchée. Une deuxième grossesse survient qui s'est terminée normalement le 18 avril dernier, il y a vingt-cinq jours; pendant toute cette grossesse, la femme a beaucoup souffert de son côté gauche, qui, dit-elle, était beaucoup plus gros que l'autre. Depuis, les douleurs n'ont pas cessé.

Au moment de son entrée, ces douleurs sont le seul symptôme fonctionnel net présenté par la malade. Elles sont continues, siégeant dans le flanc gauche et s'irradiant vers la fosse iliaque, mais elles n'ont rien qui ressemble aux coliques néphrétiques. Jamais de troubles de la miction d'aucune sorte, jamais, en particulier, d'oligurie suivie de polyurie; les urines ont toujours été claires et d'abondance normale. L'état général et les différents appareils sont bons; il n'y a pas de fièvre.

A l'inspection du flanc gauche on constate l'existence d'une tuméfaction arrondie au niveau de la fosse iliaque, remontant jusque sous la dixième côte. A la palpation on voit que cette tumeur s'étend en bas et vers la ligne médiane jusqu'à trois travers de doigt de la symphyse pubienne et à 1 centimètre de la ligne blanche; en haut elle disparaît sous la dixième côte.

Cette tumeur est arrondie, lisse, fluctuante et présente de la crépitation neigeuse; sa consistance est comparable à celle d'une outre à demi pleine. Le volume de la tumeur varie pendant les jours d'obser-

vation d'un jour à l'autre. La percussion dénote à sa surface une diminution de la sonorité abdominale, sauf vers la partie moyenne de la tumeur, où cette sonorité a toute son ampleur.

L'épreuve du bleu de méthylène donne (je cite ici les conclusions de la note qui m'a été présentée) : « L'urine contient : 1° du bleu en petite quantité; le rein le laisse mal passer; 2° du chromogène en faible quantité; 3° un dérivé vert d'emblée, sans préparation chimique, qui donne à l'urine sa coloration. Le bleu a donc subi des transformations profondes dans l'organisme, mais l'élimination des éléments transformés paraît normale. Il n'y a ni retard, ni prolongation. Réserves à faire au sujet de la valeur du rein droit. »

J'interviens le 18 mai 1899. Incision lombaire classique. Je tombe sur la rate et le côlon que je relève et récline, et aussitôt je trouve une poche qui ne me paraît être autre qu'un kyste hydatique et que je ponctionne et incise. Il s'en écoule un liquide blanchâtre avec de nombreuses hydatides, j'amène alors la poche au dehors, mais il m'est impossible de la décoller. Je me décide alors à la laver au sublimé, puis, après y avoir abandonné une certaine quantité de ce liquide, à la fermer par quelques points de suture et à l'abandonner dans le ventre. L'un des fils fixe la poche à la paroi lombaire. Drainage avec un gros drain. Suites opératoires parfaites malgré le retour de couches qui se fait le surlendemain de l'opération. Les urines sont toujours restées claires et d'abondance normale. L'élimination du bleu, essayée après l'opération, se fait normalement. Le 16 juin 1899, la femme quitte le service parfaitement guérie et sans fistule.

J'ai présenté cette malade à la Société le 12 juillet 1899 (Voy. nos *Bullet. et Mémoires*, 1899, t. XXV, p. 759).

Je crois que dans le premier cas il s'agissait d'un kyste hydatique du rein proprement dit et que, dans le deuxième, il s'agissait d'un kyste pararénal. La distinction a une importance au point de vue thérapeutique : dans le premier cas, en effet, la néphrectomie me semble tout indiquée; dans le second, je crois qu'on pourra le plus souvent recourir à la méthode de Delbet et conserver le rein.

M. Albarran. — Je n'ai pas voulu traiter ici dans son ensemble la question des indications opératoires dans les kystes hydatiques du rein ; je n'ai fait que vous présenter une pièce qui me paraît intéressante, parce qu'elle démontre que, dans certains cas, la néphrectomie est une bonne opération. Depuis le mémoire d'Houzel, qui dans une statistique comprenant 6 néphrectomies compte 5 morts, il est classique de dire que dans les kystes hydatiques du rein il faut pratiquer la néphrostomie et non la néphrectomie. Tout dernièrement j'ai dépouillé moi-même les opérations de néphrectomie pour kystes hydatiques du rein. En ne comptant

que les cas que j'ai pu lire, je trouve, sur 7 néphrectomies transpéritonéales, 5 morts ; parmi les deux guéris figure, avec le cas de Boeckel, celui de Knie, dont la jeune malade eut une fistule stercorale et finit par guérir. La néphrectomie abdominale est donc, dans ces cas, effroyablement grave et je pense que, sauf exception rare, si par une erreur de diagnostic ou par les conditions particulières de la tumeur, on a cru devoir passer à travers le péritoine, mieux vaut faire l'incision de la poche que d'essayer l'extirpation.

Je compte, avec le cas dont vient de nous parler M. Tuffier et le mien, quatre néphrectomies lombaires : les deux autres observations sont celle de Postemski et celle de Jerosch. Ces quatre malades ont guéri, ce qui prouve bien que la néphrectomie lombaire pour kystes hydatiques ne présente pas la gravité que l'on croit.

Je connaissais l'observation de M. Monod, publiée dans la *Gazette hebdomadaire* ; ce fut là plutôt une résection presque totale du kyste qu'une résection partielle du rein, mais d'autres chirurgiens, Kummel, Burckardt, ont pratiqué avec succès la résection partielle du rein. On a fait encore dans deux cas l'extirpation de la membrane germinative et le capitonnage de la poche. Ces observations appartiennent à M. Lejars et à M. Billot.

Je crois qu'il faut, dans presque tous les cas, choisir pour opérer la voie lombaire et commencer par ouvrir le kyste en le débarrassant des hydatites. Si on peut exécuter le procédé de Delbet, il faut le préférer à tout autre : aucune manière de faire ne présente plus de garanties opératoires, aucune méthode n'est plus conservatrice du tissu du rein. La néphrectomie partielle elle-même est inférieure au procédé de Delbet ; elle ne pourra d'ailleurs être pratiquée que dans des cas exceptionnels.

Par malheur aussi on ne pourra pas, dans un grand nombre de cas, pratiquer l'opération de Delbet, parce que la poche est souvent épaisse, calcifiée par places, enflammée.

Dans ces cas graves, il faut se rendre compte de ce que vaut le rein : lorsqu'il y a utilité à conserver le rein, parce qu'il n'est pas encore très détruit, parce qu'on n'est pas sûr de l'autre rein, et, à ce point de vue, le cathétérisme urétéral est utile, alors il faut ouvrir le kyste, le bien nettoyer, en réséquer la partie qu'on pourra. On parle toujours de néphrostomie dans ces cas : souvent ce n'est pas d'une vraie néphrostomie, mais d'une incision du kyste qu'il s'agit. Voyez ma pièce : j'aurais incisé le kyste, non le rein, et l'ouverture étroite qui fait communiquer le bassinet dilaté et la poche kystique eût persisté.

Lorsqu'on reconnaît que le rein est détruit il vaut mieux, si on

le peut sans grand danger, pratiquer la néphrectomie que de se borner à l'incision de la poche.

M. Tuffier a raison d'attacher de l'importance à l'hydronéphrose: elle contribue souvent à la destruction du rein. Le parenchyme rénal est détruit en partie par le développement du kyste, en partie encore par la compression qui l'aplatit, ce qui ne va pas sans le développement d'une large zone de sclérose. A tout cela s'ajoute encore la rétention rénale, hydronéphrose simple ou infectée, qui est fréquente, et reconnaît elle-même un double mécanisme; la compression directe et le déplacement de l'uretère d'un côté; l'obstruction du bassinet et de l'uretère par les hydalides de l'autre. A propos de ces rétentions rénales, j'insiste sur ce que démontre encore la pièce que je vous présente aujourd'hui : dans les ramifications ultimes des calices dilatés on trouve des hydatides que l'incision du kyste n'aurait pu faire sortir.

Dans des cas semblables, la néphrostomie aurait l'inconvénient de donner lieu à une longue suppuration ; en outre, ce rein qu'on laisse, inutile au point de vue fonctionnel, pourrait être une source d'accidents septiques ultérieurs.

Par ces raisons, lorsque le rein est détruit, et l'opération pas trop grave, il vaut mieux pratiquer d'emblée la néphrectomie. Si pendant l'opération on voit que les conditions anatomiques rendent l'extirpation trop hasardeuse, on se contentera de réséquer la portion de la poche qu'on pourra et de drainer le reste.

Sciatique rebelle : hersage du nerf. Guérison.

M. Gérard Marchant. — Ce malade souffre depuis quatre mois dans la jambe gauche.

Le début a été brusque. Tout d'un coup, le malade a été pris de douleurs dans la région lombaire. Il a été obligé de cesser tout travail, et, les souffrances augmentant, il a appelé immédiatement M. le Dr Talamon, qui a commencé un traitement médical rigoureux.

Cependant, le malade souffrait toujours, les crises se répétaient surtout la nuit, provoquées, du reste, par le moindre effort, le moindre mouvement.

Dans l'intervalle des crises, endolorissement vague et profond avec fourmillements.

La marche étant impossible à cause de la douleur, le malade restait cantonné au lit. On lui donna successivement des pilules (il ne peut en indiquer la nature), du salicylate de soude; on lui

fit des frictions; on le siphonna avec le chlorure de méthyle. Mais rien ne le soulageait. Devant cet insuccès, craignant aussi le développement d'une atrophie des muscles de la cuisse commençante, M. le Dr Talamon conseille au malade d'entrer dans le service de M. le Dr Gérard Marchant.

A l'examen, le membre inférieur gauche est sensiblement plus petit que le droit.

La palpation y révèle une douleur assez vive sur le trajet du sciatique. On peut ainsi trouver un point douloureux lombaire (c'est surtout de la région lombaire dont se plaint le malade), un point sacro-iliaque (moins net), les points fessier, trochantérien, poplité péronéo-tibial malléolaire (ces deux derniers très vagues).

Le signe de Lasègue est très net.

Comme troubles moteurs, il n'y a pas de contractures fibrillaires. Les mouvements de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin sont douloureux.

On est obligé de soutenir le malade quand il est debout, sans quoi il tomberait. Le corps est porté en avant, un peu fléchi sur le bassin. Le membre gauche est fléchi et ne porte que sur l'extrémité du pied. Toute marche est impossible si l'on ne tient pas le malade.

Du côté de la colonne vertébrale, on note une scoliose croisée. Le tronc est incliné du côté opposé à la sciatique. L'épaule du côté sain est abaissée par rapport à celle du côté gauche. Il existe une courbure dorso-lombaire à concavité droite. Les courbures de compensation sont moins nettes.

Rien de spécial comme trouble de la sensibilité ni tactile, ni thermique. Un peu d'hyperesthésie.

Le malade a des sueurs abondantes pendant les accès douloureux, accès qui le prennent au moins deux fois par jour. Il n'a aucune éruption cutanée.

Il semble y avoir un peu d'atrophie du triceps, cachée, du reste, par une adipose manifeste.

Pas de polyurie ni de troubles vésicaux.

Du côté de l'articulation sacro-iliaque, rien de particulier; pas de douleur à la pression directe, ni par la pression des deux épines iliaques antéro-supérieures. Pas de déformation de la région. Rien à l'articulation coxo-fémorale. Rien au toucher rectal. Rien aux testicules.

Comme état général, le malade a un peu maigri. Il n'a pas d'appétit depuis qu'il est constamment couché.

Il n'a jamais souffert dans le membre droit.

Le malade ne tousse pas. Les poumons sont sains.

Il semble être prédisposé aux névralgies. Il a eu des douleurs

au niveau du creux épigastrique, douleurs qui ont disparu sous l'influence de douches froides.

Cependant, il n'a pas de stigmates hystériques. Il n'a pas d'hémianesthésie, pas de troubles oculaires. Les réflexes sont normaux.

Il n'a jamais eu de rhumatisme ; à noter un peu d'arthrite sèche dans les genoux.

Il dit n'avoir jamais eu ni chancre, ni blennorragie. En tout cas, en ce moment, on ne constate rien de ce côté. Malformation dentaire (dents limes, les deux incisives supérieures sont courtes) qui pourrait peut-être faire faire quelques réserves au point de vue de la syphilis héréditaire. Mais on ne peut trouver aucun autre signe. Le traitement antisyphilitique est resté sans résultat. Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Opération le 10 mai. — Hersage du sciatique. Incision suivant le trajet du nerf grand sciatique sur la face postérieure de la cuisse, dans la gouttière comprise entre le grand trochanter et la tubérosité ischiatique. On découvre facilement le nerf, que l'on dissocie avec la herse et la soude cannelée sur une longueur de 2 centimètres. L'opéré est placé dans une gouttière.

Suites opératoires. — Le lendemain, picotements au niveau du talon, mais aucune douleur.

Les quatre jours suivants, fourmillements remontant jusqu'à la cuisse, mais le malade ne souffre plus.

Le 20 mai, fils enlevés. Réunion par première intention. Collodion.

Le 30 mai, le malade commence à se lever. A ce moment, en plus de la disparition complète des douleurs, on remarque que la scoliose croisée a notablement diminué.

Le 4 juin, le malade se lève presque toute la journée, marche assez facilement en s'appuyant aussi bien sur un pied que sur l'autre. La scoliose n'existe plus et sa disparition a coïncidé avec la cessation des souffrances !

M. Routier. — J'ai vu ces jours-ci une jeune fille atteinte d'une sciatique rebelle, qu'on m'avait adressée, croyant qu'elle avait une coxalgie. Je lui ai fait une injection de 25 milligrammes de cocaïne dans le rachis. Ses douleurs ont disparu immédiatement. Revue ce matin, elle a une certaine tendance à souffrir de nouveau; sans nouvelle injection, la douleur a disparu, et elle peut être considérée comme guérie.

M. Quénu. — Je demanderai à mon ami Gérard Marchant si, dans les opérations de hersage du sciatique, il a remarqué des varices du nerf?

M. Gérard Marchant. — C'est en m'inspirant des travaux de de M. Quénu sur les varices des nerfs, travaux que vous avez tous présents à l'esprit, que j'ai cru RATIONNEL de faire ce *hersage du sciatique*, — et dans la thèse de *Marty* sur le hersage du nerf sciatique dans les sciatiques rebelles (Paris, 1898), ces importantes recherches sont rappelées.

Personnellement, dans les nombreuses opérations de hersage du sciatique que j'ai faites, tant pour la sciatique rebelle que dans les cas d'ulcère de jambe, je n'ai pas toujours trouvé des veines variqueuses apparentes; — je sais que la dissociation fasciculaire du nerf donne lieu à une suffusion sanguine assez notable, ce qui indique la présence de vaisseaux que l'œil ne décelait pas dans la texture des nerfs.

Mais les lésions veineuses peuvent être microscopiques.

Ce qui est certain, c'est l'influence du hersage sur la sensibilité dans le cas de sciatique, et sur la nutrition du membre dans le cas où l'opération s'adresse aux ulcères trophiques ou autres.

Désarticulation de la hanche.

M. Morestin présente un malade dont il a pratiqué la désarticulation de la hanche avec résection du cotyle pour une coxalgie attardée, multifistuleuse. M. Demoulin, rapporteur.

Présentations de pièces.

Fistule stercorale consécutive à une appendicite entretenue par un rétrécissement probablement tuberculeux du cæcum. Résection du cæcum, suture circulaire iléo-colique. Anesthésie lombaire.

M. Chaput. — Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans opéré d'appendicite par M. Michaux, le 21 mai 1900.

J'ignore si l'appendice a été enlevé chirurgicalement; en tout cas, il a été éliminé complètement ainsi que nous le verrons plus loin.

L'opération laissa après elle une fistule stercorale que M. Michaux opéra le 24 octobre 1900.

La fistule s'étant reproduite, je l'opérai à mon tour le 21 janvier 1901 ; je fis une incision au-dessus de la fistule, j'ouvris largement le péritoine, j'attirai le cæcum à la peau après avoir sec-

tionné la fistule au ras de l'intestin; je fis enfin une suture séro-séreuse à deux étages sur une séreuse saine et des tissus bien souples. Le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri, mais au commencement de mai la fistule se reproduisit; l'écoulement était très peu abondant, mais tenace.

La région cæcale était un peu empâtée.

Le 31 mai dernier, après anesthésie lombaire (2 centigrammes), je fis une longue incision verticale partant des fausses côtes, se dédoublant pour entourer la fistule, puis se dirigeant en bas parallèlement à l'arcade crurale.

L'épiploon, très adhérent à la paroi, fut décollé, et le péritoine fut largement ouvert.

Je constate alors que le cæcum et le côlon ascendant sont très épaissis, et qu'il existe une masse importante en arrière et en dedans de ces organes, dans l'épaisseur du méso, contenant des ganglions volumineux.

Je fais la coprostase sur l'intestin grêle et le côlon ascendant avec des grosses soies, et je coupe l'intestin entre les soies et de grosses pinces.

Je sectionne les pédicules vasculaires, je lie les vaisseaux au catgut.

Je réunis ensuite l'intestin grêle au côlon ascendant par un étage musculo-musculeux à la soie et un second étage séro-séreux continus.

Drainage avec une mèche iodoformée à cause d'un suintement sanguin persistant.

Suture de la paroi au fil d'argent. Ablation de la mèche le surlendemain; suintement sanguin, nouvelle mèche qu'on supprime au bout de deux jours; on serre alors le fil d'argent d'attente.

Régime. — Des liquides à discrétion. — Purgatif le 5 juin. — Suites apyrétiques.

La *pièce* enlevée se compose d'un fragment de 8 à 10 centimètres d'intestin grêle, présentant des tubercules sur la séreuse.

L'intestin grêle se continue presque en ligne droite avec le côlon ascendant par un point très rétréci à parois épaisses, mesurant à peine 2 centimètres de circonférence intérieure; c'est en ce point qu'aboutit la fistule stercorale.

Le cæcum a disparu. — Le côlon ascendant enlevé mesure environ 5 centimètres de longueur. Pas trace d'appendice.

L'opération, très pénible, a duré deux heures; l'anesthésie a été parfaite, pas de vomissements; le malade a causé avec une aisance parfaite pendant l'opération; il a même fumé une cigarette à la fin.

L'anesthésie était encore complète au bout de deux heures.

Résection du coude opérée au moyen de l'anesthésie lombaire.

M. CHAPUT. — J'ai opéré hier 4 juin une jeune fille de dix-neuf ans qui avait été opérée il y a trois ans (résection du coude) par le professeur Berger. Elle avait conservé depuis cette époque deux fistules conduisant l'une sur le radius, l'autre sur le cubitus.

Je lui ai fait une injection lombaire de 3 centigr. 25 de cocaïne à 1 p. 100. Après avoir pris les précautions préalables suivantes : 1° une heure avant l'opération, administration d'un Tood additionné de 50 centigrammes de teinture de digitale; 2° immédiatement avant la piqûre, injection sous-cutanée de 0,20 centigrammes de caféine; 3° ligature élastique de la base du cou; 4° immédiatement après l'injection de cocaïne, injection sous-cutanée à la cuisse de 500 grammes de sérum.

L'anesthésie en quelques minutes s'est généralisée à tout le corps; aussitôt après l'injection lombaire, je fis faire la toilette du membre, et immédiatement après je pratiquai une incision en H très longue exposant largement les os du coude. La rugination des os provoqua quelques plaintes, mais les incisions furent très bien supportées.

Je fis l'ablation des extrémités des trois os malades, et de deux os de nouvelle formation; puis je pratiquai une contre-ouverture en avant et en dedans pour le passage d'un gros drain; suture du tendon du triceps coupé; suture de la plaie aux crins et avec des agrafes Michel.

L'anesthésie a été parfaite; pas de vomissements; le pouls, excellent, a monté à 120; un peu d'excitation pendant l'opération; la face n'a pas cessé d'être colorée, et à aucun moment il n'y eut de tendance à la syncope.

L'anesthésie a été absolument générale (y compris la tête); elle a duré au moins une heure.

Aucun accident consécutif, sinon une céphalalgie intense qui persistait encore ce matin.

J'ai tenu à vous communiquer cette observation, car c'est la première fois, à ma connaissance, qu'on a pratiqué une opération sur le membre supérieur sous l'anesthésie lombaire.

Actuellement, on n'obtient pas encore constamment une anesthésie générale avec la dose de 3 centigrammes, mais je ne doute pas que d'ici à peu de temps je ne sois en mesure de résoudre ce problème, dont la solution ne paraît nullement difficile.

Diastasis de la colonne vertébrale (5e *et* 6e *cervicales*). *Mort prompte par élongation de la moelle.*

M. Monod. — Je mets sous vos yeux un exemple de diastasis de la colonne vertébrale, survenu à la suite d'une chute sur la tête avec forte flexion du cou en avant, suivi de mort prompte par élongation de la moelle, sans rupture.

L'observation complète sera présentée par mon interne, M. Pestemazoglu, à la Société anatomique. J'en résume ici seulement les points principaux.

Jeune homme de vingt ans, faisant l'exercice de gymnastique, dit le *grand soleil*, à la barre fixe. Ses deux mains lâchant en même temps, il tombe sur l'occiput, la tête fortement fléchie, le menton touchant le sternum.

Il est aussitôt transporté à l'hôpital, où l'on constate les faits suivants :

Le soir de l'accident : paraplégie absolue, sans trouble aucun des membres supérieurs. Le malade, qui est resté un peu étourdi sur le coup, est actuellement en pleine possession de son intelligence. Légère douleur dans la région cervicale, sans déformation appréciable de la colonne.

Le lendemain matin (27 mai), la paraplégie reste absolue avec abolition de tous les réflexes. Anesthésie aux trois modes (tact, douleur, température). L'insensibilité remonte en avant, à deux travers de doigt au-dessus de l'appendice xiphoïde.

On constate, de plus, de la *parésie des deux membres supérieurs* ; le sujet peut assez bien mouvoir le bras sur le tronc, mais plus difficilement l'avant-bras sur le bras, et la main retombe inerte sur l'avant-bras.

La colonne vertébrale ne révèle aucune saillie ni aucun enfoncement. La pression sur les apophyses épineuses n'est pas douloureuse et ne dénote aucune mobilité anormale.

Le malade peut mouvoir la tête sans douleur, non seulement d'un côté à l'autre, mais encore d'avant en arrière. Il ne se plaint d'aucune douleur. L'intelligence est intacte.

Rétention d'urine. Demi-érection constante. Temp., 36°6 ; pouls, 56 ; resp., 12.

28 *mai.* — Même état que la veille. Le malade est sondé deux fois par jour. Constipation. Temp., 37°8 ; pouls, 78 ; resp., 24.

29 *mai.* — Le malade est dans un état de demi-prostration. Il répond cependant aux questions. Même état de la motilité, de la sensibilité et de la réflectivité. Rétention. Constipation. Demi-érection.

Le ventre est, de plus, très ballonné. Râles de congestion aux deux poumons. Dyspnée. Temp., 41 degrés; pouls, 126; resp., 44.

Mort à 1 heure du soir, au milieu d'une hyperthermie considérable, qui a persisté quatre heures après le décès, mais qui, malheureusement, n'a pas été évaluée au thermomètre.

31 *mai.* — Autopsie. Examen de la *colonne vertébrale.* — Les lésions siègent au niveau de la partie inférieure et postérieure du cou.

La colonne est débarrassée des parties molles qui masquent le squelette. On constate alors facilement, en arrière, entre les 5e et 6e vertèbres cervicales, une mobilité anormale dans le sens antéro-postérieur. L'écart dans la flexion atteint un centimètre et demi environ. Les ligaments interépineux et susépineux, qui réunissent les deux vertèbres, sont dilacérés; les ligaments jaunes le sont également.

En avant, le disque intervertébral est écrasé et paraît le siège d'une infiltration sanguine; au même niveau, le grand surtout ligamenteux antérieur semble partiellement détruit.

Aucune trace de fracture ni du corps, ni des lames, ni des apophyses.

Je réserve à plus tard la description de l'état de la *moelle.* Ayant tenu à vous présenter la pièce intacte, je n'ai pas ouvert le canal vertébral. On constate seulement, dans l'intervalle laissé entre les vertèbres écartées, que la moelle semble n'avoir pas subi de solution de continuité. Je vous dirai dans la prochaine séance ce qui en est exactement.

Ce fait reste dans les données habituelles de ce genre de lésions. Il me serait facile d'en rapprocher d'autres analogues. Je rappellerai seulement qu'il résulte soit d'expériences cadavériques, soit de l'examen clinique des blessés, que dans les chutes sur l'occiput avec flexion forcée du cou, c'est, en général, entre la 5e et la 6e cervicales, comme chez notre malade, que se fait l'écartement forcé des os — écartement qui s'accompagne ordinairement d'élongation de la moelle sans rupture.

J'ai eu personnellement occasion d'observer, en 1881, avec Vulpian, un fait semblable. Le malade a survécu près de deux ans. L'opinion de Vulpian, comme la mienne, fut qu'il y avait eu dans ce cas élongation de la moelle par flexion forcée sans fracture. L'autopsie de ce malade n'a pu être faite.

M. Pierre Delbet. — J'ai observé un malade qui présente beaucoup de points communs avec celui de M. Monod, non pas au point de vue des lésions, mais au point de vue de l'évolution des symptômes.

Il avait une luxation de je ne sais plus quelle vertèbre cervicale. Ayant fait le diagnostic d'hématorachis sans destruction de la moelle, je pratiquai la réduction du déplacement et je pus l'obtenir sans effort. Le malade a succombé la nuit suivante avec une hyperthermie énorme. L'infirmier, ayant remarqué que, suivant son expression, « il brûlait », prit sa température quelques instants avant sa mort. Autant que je me le rappelle, elle dépassait 42 degrés.

L'heure est trop avancée pour que je puisse entrer dans la discussion de ces faits intéressants; j'espère que nous y reviendrons quand M. Monod aura ouvert la colonne vertébrale et pourra nous dire s'il y a du sang dans les méninges.

M. Walther. — J'ai observé en 1883, dans le service de mon maître M. Duplay, un cas absolument semblable à celui que vient de nous rapporter M. Monod.

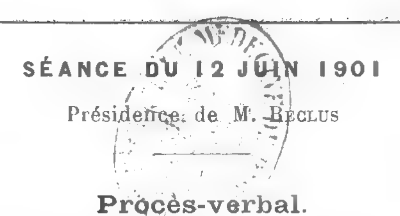
Un lutteur avait, au cours d'une lutte à main plate, cravaté son adversaire par la nuque et, d'un coup brusque, l'avait terrassé. Le blessé fut apporté immédiatement à l'hôpital; il succomba trois jours plus tard, après avoir présenté cette hyperthermie caractéristique des traumatismes de la région supérieure de la moelle; sa température s'était élevée à 41 degrés, puis à 42 degrés. A l'autopsie, on trouva un diastasis de la colonne cervicale et un abondant épanchement de sang dans le canal rachidien.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.

IV



SÉANCE DU 12 JUIN 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Picqué qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° La thèse inaugurale de M. Ferrier, sur *les Relations de nutrition entre le squelette et les dents.*

M. le Président remercie M. Ferrier, au nom de la Société de Chirurgie.

A propos du procès-verbal.

Kyste hydatique du rein.

M. F. Legueu. — Je demande à ajouter une observation de kyste hydatique du rein à celles qui ont été rapportées dans la dernière séance.

Il y a quelques jours, un malade nous était amené à l'Hôtel-Dieu par notre confrère le Dr Farabeuf, d'Étampes, avec le diagnostic de kyste hydatique du rein. Il présentait en effet dans le flanc gauche une volumineuse tumeur, dure, rénitente; elle s'étendait depuis le huitième espace intercostal en haut jusqu'au-dessous de la ligne horizontale de l'ombilic. Elle avait le contact lombaire très évident, mais, dans ses caractères, rien n'aurait permis de faire le diagnostic du kyste hydatique du rein, si depuis quelques semaines le malade n'avait rendu des vésicules hydatides et des membranes par l'uretère. C'est ce fait seul qui nous permit d'affirmer qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du rein.

Le diagnostic était donc certain ; le traitement était plus délicat.

Je n'avais aucune tendance à faire la néphrectomie chez ce malade : il était dans un état général médiocre, il ne rendait par jour que 500 grammes d'urine, et l'urée éliminée par vingt-quatre heures ne s'élevait qu'à 6 grammes. Il était donc certain que la

néphrectomie devait être dans ces conditions particulièrement dangereuse.

J'avais le choix entre la néphrostomie et la méthode de Delbet. Mais j'ignorais, comme toujours, les rapports du rein avec la tumeur. En toute occurrence, je préférai aborder la tumeur par sa partie postérieure. En l'abordant en avant, j'avais à traverser la cavité péritonéale, et si une fistule devait être la conséquence de mon opération, il était préférable que cette fistule fût postérieure.

Aussi j'incisai par la voie lombaire et tombai tout de suite sur la paroi du kyste, que j'ouvris largement. La tumeur contenait 3 kilos de vésicules-filles, représentant un volume de plus de deux litres. Je cherchai le rein sans le trouver, et je me demandai alors s'il valait mieux fermer sans drainage ou drainer le kyste.

Le drainage devait exposer à une longue fistulisation; aussi bien je me décidai à fermer le kyste par six points de catgut, et je l'abandonnai. Je me demande cependant ce que deviendra en l'espèce la communication de la poche avec l'uretère; et je ne sais si la poche, encore capable de sécrétion urinaire, ne parviendra à empêcher la réunion sans drainage. Dans tous les cas, j'ai mis un drain à la porte du kyste fermé, et si le kyste voulait se rouvrir, il trouverait de suite le drainage établi pour corriger le résultat défectueux de la réunion sans drainage.

L'opération jusqu'ici ne date que de quelques jours; le malade va très bien, et, s'il survient plus tard quelque chose de particulier, j'en reparlerai ici.

M. Lejars. — J'avais parlé, à la dernière séance, d'un blessé que j'avais, le matin même, trépané pour une fracture postéro-antérieure de l'occipital, fracture qui se prolongeait à la base et rentrait peut-être dans le type des fractures para-médianes de M. Quénu; j'ajoutais que l'état de mon malade était si grave, que j'aurai sans doute bientôt d'autres renseignements plus précis à vous fournir.

De fait, la mort n'a pas tardé, et l'autopsie, pratiquée avec grand soin, en ma présence, par M. Jomier, interne de mon collègue le Dr Le Gendre, nous a révélé ce qui suit : le trait de fracture sillonne, d'arrière en avant, toute la hauteur de la moitié droite de l'occipital, et vient se terminer sur le côté droit du trou occipital; il n'y a pas d'autre irradiation, pas d'autre fissure sur l'étage moyen ou antérieur.

Il ne s'agit donc pas d'une fracture para-médiane; la fissure s'est arrêtée à mi-chemin, et l'irradiation basilaire a manqué.

Je rappelle seulement que notre blessé, un coltineur de vingt-

cinq ans, était tombé le samedi, et qu'il ne fut amené que le lundi à la consultation de médecine, la plaie occipitale étant restée sans aucun soin et sans aucun pansement. Il a succombé à la méningo-encéphalite, et, étant donné le type de fracture que nous avons rencontré, je suis convaincu que si, dès le début, la plaie de l'occiput eût été dûment désinfectée et protégée, il eût pu guérir.

A propos de la rachi-cocaïnisation.

M. Walther. — Je viens, comme je m'y suis engagé, vous apporter la fin de l'observation de la malade dont je vous avais relaté l'histoire dans notre avant-dernière séance. (Séance du 29 mai, p. 607 des Bulletins.) Depuis le 29 mai, les accidents se sont progressivement amendés. La céphalalgie a disparu la première, puis la raideur de la colonne dorsale. Le 31 mai, les réflexes sont presque normaux.

Le 2 juin, la malade peut se baisser, peut fléchir la tête en avant sans douleur. Il ne persiste qu'un peu de douleur à la pression, à la partie supérieure de la colonne dorsale.

La malade a quitté le service complètement guérie, le 7 juin, soit seize jours après l'injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire.

Le 1er juin, j'avais prié mon collègue et ami Babinski de vouloir bien l'examiner. Il n'avait constaté, lui non plus, aucun signe de lésion de la moelle ou des méninges.

Je tiens, en passant, à signaler une erreur qui s'est glissée dans les comptes rendus des journaux. Ce n'est pas dans mon service qu'a été pratiquée l'injection de cocaïne; elle avait été faite, comme je l'ai dit dans ma communication, le 22 mai, et c'est le 25 que la malade, après avoir passé trois jours à souffrir et à vomir, est entrée à la Pitié.

M. Legueu. — Lorsque mon ami Walther a présenté cette observation, je n'avais pas compris qu'elle était étrangère à son service, et j'aurais très volontiers joint mes protestations à celles de M. Kirmisson. Walther m'a prévenu, depuis, que l'injection avait été faite à l'Hôtel-Dieu, dans mon service.

Je tiens à dire que je suis absolument étranger à ce fait, que la malade a été renvoyée par un de mes internes sans que je sois prévenu, et je considère qu'il est absolument dangereux de ne pas garder pendant quelques jours à l'hôpital une malade à laquelle on a fait une injection cocaïnique.

Communications.

Sur la réduction sanglante dans certaines fractures de l'extrémité inférieure du radius,

par M. E. DELANGLADE (de Marseille).

Le 21 avril dernier entrait à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Combalat que j'avais l'honneur de suppléer, un ouvrier de cinquante ans, atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius droit. L'accident datait du jour même et s'était produit de la façon suivante : aidant à décharger une charrette portant de grosses barriques vides, il maintenait de sa main droite appuyée en hyperextension la dernière d'entre elles pour ralentir leur roulement au moment de la bascule. La force de ce mouvement dépassa ses prévisions et eut un effet d'autant plus fâcheux que son coude se trouva fixé contre le mur.

A l'examen direct (24 avril), la main reposant par sa face palmaire, on constate qu'elle est fortement reportée en dehors, que la tête du cubitus fait en dedans une saillie notable, au-dessous de laquelle existe une dépression, qu'une dépression moindre se trouve du côté externe, à un travers de doigt au-dessus de l'interligne du poignet. Il n'y a pas de déformation caractéristique en dos de fourchette. On sent cependant sur l'extrémité inférieure du radius, en un point correspondant à peu près à la base de la tête du cubitus, une saillie peu nette, qui semble appartenir au fragment supérieur. L'apophyse styloïde du radius paraît remonter à 1 centimètre au-dessus de celle du cubitus. Du côté palmaire, vaste ecchymose occupant plus du tiers inférieur de l'avant-bras, en haut sur sa moitié externe seulement, en bas sur presque toute sa largeur. Ici se perçoit très bien le bord supérieur du fragment inférieur commandant au-dessus de lui une forte dépression. En regard de la face antérieure de l'extrémité inférieure du cubitus, plaie transversale, à bords très nets, de 2 centimètres environ, manifestement superficielle. Le cubitus est normal. Au niveau du radius, au contraire, on constate à un travers de doigt au-dessus du poignet de la mobilité anormale, légère dans le sens antéro-postérieur, beaucoup plus accusée transversalement, avec un peu de crépitation.

La radiographie montre (épreuves I, II) que la fracture est à plusieurs fragments : l'un, diaphysaire, se termine par une face sensiblement transversale mais très dentelée; l'autre est constitué par l'épiphyse, dont la face supérieure est analogue. Entre les deux, ce qui serait chez un adolescent le bulbe de l'os est déplacé et divisé par des traits longitudinaux et transversaux en plusieurs

esquilles, trois au moins. Sur la vue de face, l'ensemble constitue une sorte de bloc diminuant de moitié environ l'espace interosseux. Sur le profil, on trouve que ce tronçon intermédiaire saille à peine du côté dorsal par son extrémité supérieure et considérablement du côté palmaire par son extrémité inférieure, qui surplombe de plus de 2 centimètres le bord antérieur de la surface articulaire inférieure du radius. L'interligne du poignet est modifié :

1° Il est remonté: la face inférieure de la tête cubitale étant prolongée, aboutirait à 2 millimètres environ au-dessous de la pointe de l'apophyse styloïde du radius.

2° Il est basculé, sa partie externe étant plus élevée que l'interne, il affecte une direction générale oblique en bas et en dedans.

Les tentatives de réduction par les procédés habituels ne produisant manifestement aucun effet, la réduction sanglante est décidée, mais, pour des motifs accessoires, elle ne peut être exécutée que le 27 avril, c'est-à-dire six jours après l'accident.

Chloroforme. Pas de bande d'Esmarch. Longue incision de Farabeuf pour la résection du poignet. Rugination soigneuse du périoste radial, qui n'est du côté dorsal déchiré en aucun point et qui adhère assez fort aux fragments supérieurs et inférieurs. Les esquilles intermédiaires, au contraire, n'y tiennent que très faiblement. Ces fragments ont la disposition indiquée par les radiographies. Toutes les tractions faites sur le coude fléchi d'une part, la main et les doigts demi-fléchis d'autre part, restent vaines. Celles, au contraire, qui sont directement exercées sur les fragments à l'aide d'une pince hémostatique, amènent immédiatement une réduction absolue. Deux petites esquilles peu visibles sur la radiographie et paraissant privées de connexions vasculaires (je ne les ai pas extraites de la plaie pour m'en assurer), sont replacées dans leur direction et achèvent de rendre à l'os sa forme normale. Pas de suture osseuse. Suture du périoste au catgut, des téguments au crin sans drainage. Pansement à la gaze stérilisée. Gouttière plâtrée, le coude étant fléchi à angle droit, la main et les doigts demi-fléchis, l'avant-bras en demi-pronation.

Le soir même, le membre est radiographié. La réduction paraît s'être maintenue.

Suites simples. La température, qui oscillait jusque-là de 37°5 à 38°6 et qui était de 38°7 immédiatement avant l'opération, reste à 38°8 le soir, à 38°3 et 38°5 le lendemain, puis définitivement à 37°5 et 37°6. Le malade sort de sa propre autorité le 1er mai et je ne puis le revoir que le 12. Ablation de l'appareil et des fils. Massage et mobilisation.

Une nouvelle radiographie a été prise le 14 mai. Elle m'a un peu déçu, car, au lieu de la réduction géométrique à laquelle je m'attendais, elle m'a montré sur l'épreuve de face la persistance d'un certain déplacement du tronçon intermédiaire qui rétrécit d'un quart environ l'espace interosseux. Par contre, l'épreuve du profil démontre qu'il n'y a ni en avant ni en arrière la moindre sailllie. Toutes deux s'accordent à faire voir que l'orientation des surfaces articulaires est normale. Bien que le résultat fonctionnel ne fût pas encore complet lors du dernier examen, on peut donc espérer que le malade sera dans un état satisfaisant.

L'indication d'intervenir par la voie sanglante pour une fracture simple du radius paraît devoir demeurer rare. Nombreux sont en effet les cas où, par les moyens ordinaires, on peut obtenir d'irréprochables résultats au point de vue de la forme et de la fonction. La malade dont le poignet est représenté dans les radiographies III et IV portait, lorsque je la vis, une heure après l'accident, une déformation en dos de fourchette caractéristique et n'a conservé aucune déformation, ni aucun trouble de son accident. Il manque à ces épreuves la représentation de l'état antérieur ; mais ce reproche ne peut être fait aux épreuves V, V*a* et VI, qui représentent avant la réduction un déplacement considérable en haut et en dehors.

On peut d'ailleurs avoir, avec des muscles et des articulations soigneusement entretenus par le massage et la mobilisation, comme le veut mon maître M. Championnière, de très bons résultats, alors que — et il faut bien reconnaître que ces faits sont les plus fréquents — la correction n'est qu'approximative. Mais cela même semble ne pouvoir être toujours réalisé. Les planches VII, VIII et IX représentent le poignet d'un malade que j'ai vu trois semaines environ après son accident, arrivé dans une ville d'eaux. Il m'a dit que la réduction, faite immédiatement, avait produit dans son état un changement considérable et que la déformation qu'il conservait était minime en comparaison de celle qu'il avait eue au début. Or, ces épreuves montrent qu'il conserve du raccourcissement, que le bord antérieur du fragment inférieur est porté en arrière d'une distance au moins égale à son épaisseur, qu'il y a engrènement des fragments, que la surface articulaire regarde plus en arrière qu'en bas, que le fragment supérieur saillit fortement en avant. Malgré des massages soigneusement faits dès lors, le malade était encore, six mois plus tard, moins habile et moins fort. Il conserve naturellement une déformation très disgracieuse. J'ai eu, personnellement, un cas presque identique : il s'agissait d'un ouvrier qui, s'étant fait une fracture typique, mais avec déplacement énorme, « en col de cygne » plus qu'en dos de

fourchette, fut soumis le soir même à des tentatives de réduction sous narcose à l'éther. Là encore il y eut amélioration très importante de la forme, mais la radiographie faite le dixième jour à l'ablation de l'appareil montra une déformation à peu près superposable à celle de ces épreuves. Le malade fut régulièrement massé et mobilisé ; il retrouva une certaine souplesse, mais sa force a manifestement diminué, et il ne pourra, je le crains ,pas reprendre l'exercice de sa profession dans des conditions aussi bonnes qu'avant l'accident.

On voit des faits plus désastreux encore. Tel celui de la malade dont le poignet figure sur la planche X. Elle avait, paraît-il, été réduite par un chirurgien et laissée dans un appareil pendant quarante jours, puis massée sans régularité. Je la vis quatre mois et demi après ; sa main, fléchie à 30 degrés, et ses doigts, légèrement fléchis, étaient gonflés, luisants, douloureux, incapables du moindre mouvement spontané ou provoqué. La radiographie montre le fragment inférieur sur la face dorsale du supérieur, qui descend plus bas que lui et vient se caler contre le carpe et la base du métacarpe. Une intervention fut tentée le 8 juin. Chloroforme. Bande d'Esmarch. Mobilisation des doigts.Libération des fragments et section du cal. Résection de la portion du fragment supérieur, qui chevauche, et de toute l'extrémité inférieure du cubitus, le tout au ciseau frappé. Drainage des deux côtés. Suture. Plâtre. Le lendemain, volumineuses phlyctènes séreuses sur la face dorsale du pouce, du médius et de l'annulaire, et dans les commissures des doigts. Pas de température. Peu de douleurs. Ablation des mèches le surlendemain. Mobilisation des doigts dès les premiers jours. Bien que la réunion immédiate ait été obtenue et le massage fait à partir du douzième jour, le résultat fonctionnel ultérieur fut si peu appréciable que la malade demanda à entrer dans un service d'incurables.

De ces quelques faits empruntés à une modeste pratique, ne résulte-t-il pas que si la réduction géométrique est possible dans certains cas, elle ne l'est pas toujours par les procédés classiques, et qu'il est même des cas où l'on n'obtient pas une correction approximative ; qu'un fort déplacement est fâcheux pour plusieurs motifs : cal vicieux, désorientation des surfaces articulaires, gêne dans le jeu des tendons, dont l'action peut même être dénaturée par leur réflexion sur une sorte de chevalet ; que, dans les mauvais cas, une intervention ultérieure n'est pas toujours, il s'en faut, susceptible de réparer le mal invétéré ?

Or, et la raison de ceci n'apparaît pas tout d'abord, si l'unanimité des chirurgiens n'hésite jamais à intervenir opératoirement dans une fracture mal consolidée, très restreint est le nombre de

ceux qui, à l'exemple de MM. Tuffier, Terrier, Gosset, Roux, etc., s'attaquent directement au foyer dès les premiers jours en cas d'irréductibilité pour remettre les choses dans l'ordre et prévenir un cal irrégulier. En ce qui concerne la fracture de l'extrémité inférieure du radius, il m'a été facile de recueillir des observations d'ostéotomie, mais je n'ai pas trouvé dans la littérature d'autres faits de réduction sanglante précoce. L'opération faite dans ces conditions est cependant singulièrement facile, bénigne et efficace. Elle permet la *restitutio ad integrum*, grâce à l'action directe sur les fragments s'ajoutant à l'action indirecte par l'intermédiaire des muscles ou ligaments, et à la possibilité de faire cesser toute interposition. Tout cela, avant que des lésions, parfois inopérables, n'aient été créées dans les parties molles sous l'action de fragments offensifs. N'y a-t-il donc pas là une méthode qui mérite d'être plus souvent employée, et ne peut-elle trouver, particulièrement, des indications dans cette fracture de l'extrémité inférieure du radius si variable dans ses lésions, ses manifestations et son pronostic? Alors que le massage et la mobilisation sans appareil conviennent admirablement aux cas où il n'y a ni déplacement ni tendance au déplacement; que la réduction par manœuvres classiques, avec immobilisation du foyer et massage combinés, donne des résultats très favorables dans les faits où elle est possible, mais risque de ne se pas maintenir, pourquoi ne pas la chercher par voie sanglante lorsque les autres moyens ne la donnent pas? Et l'on peut toujours être fixé sur ce point si, comme l'a conseillé M. Tuffier, on examine systématiquement toutes ses fractures avant et après correction à l'aide de la radiographie bien employée et bien interprétée.

M'inspirant de cette pensée que l'opération ne devait avoir d'autre but que la réduction aussi complète que possible, il m'a paru indiqué de conserver toutes les esquilles et de ne pas faire la suture osseuse. Conserver les esquilles en leur rendant leur orientation, n'est-ce pas se mettre dans de bien meilleures conditions pour restituer à l'os sa forme primitive, de même que, pour réparer une faïence brisée, on utilise jusqu'à ses plus petits fragments? Quels inconvénients cela aurait-il donc? Ne sont-elles pas capables, même détachées de leurs connexions vasculaires, de devenir des greffes autochtones? Et en admettant qu'elles doivent se nécroser, est-ce que dans ce foyer aseptique — il n'est naturellement question que de fractures fermées — le séquestre lui-même ne sera pas toléré avec la même facilité qu'une cheville d'ivoire ou qu'un fil d'argent? Pas de suture osseuse? Elle me paraît illusoire. Jamais je ne l'ai vue, ni à la suite d'une fracture, ni même après une résection du genou, où pourtant sont

coaptées de larges surfaces perpendiculaires à la direction des os, ni en aucun cas, capable, à elle seule, de maintenir tout à fait les fragments. S'il n'en était pas ainsi, pourquoi appliquerait-on ensuite un appareil? Or on risque, en l'établissant, de fragmenter encore les parties, d'augmenter le nombre des esquilles, de diminuer leur volume, d'empêcher, dans quelque mesure, leur engrènement. A quoi bon d'ailleurs? La réduction acquise par la méthode sanglante, et la réunion achevée, n'est-on pas dans une situation semblable, meilleure même, puisque l'on a jugé *de visu* de la réparation et que l'on a reconstitué la gaine périostique, que dans les faits de la deuxième catégorie : fracture réduite mais tendant à se déplacer? On la maintient absolument si l'appareil est bien construit. Puis, au bout de dix, quinze jours au plus, un degré notable de consolidation obtenu, on est dans des conditions analogues à celles qui s'observent dans les cas de la première catégorie : fracture sans tendance au déplacement, et l'on n'a plus alors qu'à la mobiliser et à la masser.

Une précaution importante me semble nécessaire. Prendre aussitôt que possible après l'intervention une nouvelle épreuve radiographique. Si, par suite d'une fausse manœuvre pendant l'application du plâtre, quelque chose s'était dérangé, on pourrait ainsi réduire de nouveau d'autant mieux qu'aurait été préalablement supprimé l'obstacle invincible, l'interposition.

De l'intervention chirurgicale dans les néphrites infectieuses aiguës et dans les néphrites chroniques,

par M. le Dr Alf. POUSSON (de Bordeaux).

A la suite des beaux succès obtenus par l'intervention sanglante dans les lésions chirurgicales du rein, les opérateurs se sont enhardis, et plusieurs affections de ce viscère, qui semblaient devoir être à tout jamais du ressort de la thérapeutique médicale, ont été heureusement attaquées de front par la néphrotomie et la néphrectomie.

Après d'autres chirurgiens qui, mis en présence d'accidents redoutables au cours de ces diverses affections, n'ont pas craint de se substituer aux médecins désarmés, je me suis engagé dans cette voie. Laissant de côté les interventions pour anurie calculeuse, que j'ai faites un assez grand nombre de fois, et qui sont aujourd'hui de pratique courante depuis que le professeur Demons et moi avons fait ressortir les avantages de l'ouverture systématique du rein, toujours aisée et rapide, sur la recherche le plus

souvent longue et laborieuse du calcul bloquant l'uretère, laissant également de côté quelques rares cas de névralgie dans lesquels j'ai pratiqué le débridement de la capsule propre du rein ainsi que l'a recommandé le professeur Le Dentu, je ne veux soumettre à votre jugement que les faits dans lesquels je suis intervenu pour des néphrites, soit aiguës, soit chroniques.

a) *Néphrites aiguës.* — Le nombre de mes interventions au cours de néphrites aiguës est de quatre. Il s'agissait, dans ces quatre cas de néphrites infectieuses survenues au cours de maladies générales (néphrites hématogènes) ou à la suite d'affections vésicales (néphrites ascendantes).

Avant de vous indiquer les résultats que j'ai obtenus et de discuter, en m'appuyant sur eux et sur ceux de quelques autres opérateurs, la légitimité de l'intervention et le choix qu'il convient de faire entre la néphrotomie et la néphrectomie, je rapporterai succinctement mes observations.

Obs. I. — *Néphrotomie au cours d'une infection aiguë du rein probablement d'origine grippale. Guérison.*

M[me] X..., trente-quatre ans, ayant eu huit et douze ans auparavant deux grossesses régulières sans accidents puerpéraux ni infection vésicale, mais ayant souffert quelque temps de métrite et de rétroversion, fut prise tout à coup, en novembre 1897, de fièvre avec élévation considérable de la température, bientôt compliquée d'accidents généraux fort graves. Les urines deviennent louches et laissent déposer une couche épaisse de pus : forte proportion d'albumine, grande quantité de bactéries vulgaires. La malade se plaint de quelques douleurs vésicales, mais surtout de besoins très fréquents d'uriner, en même temps qu'elle accuse quelques souffrances dans la région lombaire droite. Le rein de ce côté est très volumineux et sensible. Les professeurs Arnozan et Lannelongue, et moi, appelés en consultation, nous portons le diagnostic de pyélonéphrite suppurée avec rétention et proposons une intervention.

La mise à nu du rein montre un organe ayant un bon tiers de son volume normal ; il est très tendu et de consistance ferme ; sa coloration est noirâtre feuille morte; à son pôle supérieur se voit une bosselure grisâtre plus molle que le reste de l'organe. L'incision de cette bosselure donne issue à un liquide puriforme qu'on ne peut recueillir, mais l'incision du parenchyme lui-même ne donne lieu qu'à l'écoulement d'une abondante quantité de sang très noir ; les calices pas plus que le bassinet ne renferment de pus. Drain dans le bassinet et suture de la plaie rénale au-dessus et au-dessous.

Pendant une huitaine de jours la fièvre tomba et l'état général se releva, mais, au bout de ce temps, le drain ayant été retiré et la plaie s'étant cicatrisée, la fièvre se ralluma. Elle dura plusieurs semaines pendant lesquelles le rein subit de nouvelles poussées congestives et

les urines se maintinrent albumineuses. A la longue, cependant, tous les accidents disparurent et la malade jouit depuis trois ans et demi de la santé la plus parfaite.

Obs. II. — *Néphrotomie au cours d'une néphrite colibacillaire miliaire aiguë, d'origine vésicale. Guérison.*

M. P..., clerc de notaire, soixante ans, est entré pour la première fois dans le service en novembre 1898, époque à laquelle je lui ai pratiqué, à la faveur de la taille hypogastrique, l'extraction de deux petits calculs cachés derrière un lobe de la prostate que j'ai réséqué. Malgré les lavages antiseptiques, régulièrement pratiqués, le malade n'a pu obtenir la désinfection complète de sa vessie et, après avoir dû être débarrassé, en mai 1899, d'une petite concrétion prostatique de la vessie, il revient dans les salles au commencement de novembre de la même année, se plaignant cette fois-ci moins de la vessie que de la région lombaire droite. Il y éprouve une douleur très violente spontanée et s'exagérant au moindre mouvement du tronc, à la moindre pression. L'échancrure costo-iliaque est effacée, mais l'état de défense des muscles de l'hypocondre et du flanc est tel qu'il est impossible d'explorer le rein par la palpation. Le malade a perdu l'appétit depuis plusieurs semaines et a continuellement de la fièvre, dit-il ; il est très amaigri, ses traits expriment une souffrance générale. Le thermomètre, pendant les quelques jours qu'il est mis en observation, s'élève tous les soirs au-dessus de 39 degrés pour s'abaisser le matin au-dessous de 38 degrés. Les urines sont purulentes, les besoins d'uriner ne sont cependant pas très fréquents ni les douleurs de la miction très grandes. Je porte le diagnostic de pyélonéphrite ascendante compliquée de périnéhrite suppurée.

L'incision lombaire pratiquée le 13 novembre me conduit sur une atmosphère celluleuse épaissie, chroniquement enflammée, mais non suppurée; le rein, après en avoir été énucléé, apparaît très volumineux et déformé à son extrémité supérieure, où existe une bosselure du volume d'une noisette, qui, incisée, laisse écouler une cuillerée à café environ de pus jaune verdâtre bien lié. Autour de cet abcès il existe une série d'autres plus petits, miliaires, contenant chacun une gouttelette de pus. Sur chacune des tranches du rein fendu jusqu'au bassinet se trouvent également disséminés de petits foyers purulents ; la moitié inférieure du viscère en est cependant indemne, et, dans sa moitié supérieure, ils sont bien plus nombreux dans la couche corticale que dans la substance médullaire. Après avoir soigneusement lavé à l'acide borique chacune des tranches et les avoir en quelque sorte exprimées par compression, je mets un drain dans le bassinet et je suture le parenchyme rénal au-dessus et au-dessous.

Pendant deux jours, le malade présenta un état alarmant : sa température oscilla entre 38 et 39, mais son pouls devint petit et fréquent, les urines, épaisses, tombèrent à 300 et 350 grammes. Cependant, des injections de sérum le relevèrent; et le troisième jour, en même temps que le pouls devenait moins fréquent et plus fort, que la température

s'abaissait au-dessous de 38 degrés, les urines, moins troubles, montèrent à 600 grammes. Rapidement, elles atteignirent leur quantité normale et la dépassèrent même (1.800 grammes le cinquième jour), mais pendant plusieurs jours encore, elles demeurèrent troubles, contenant du pus et même un peu de sang. L'urée et les divers sels, au-dessous du taux normal avant l'intervention, revinrent à leur proportion physiologique et l'excédèrent même les premiers jours, comme cela est presque la règle ; c'est ainsi que le 3e jour les 1.250 grammes d'urine renfermaient 31 grammes d'urée par litre. Le 24 novembre le drain fut supprimé, et quelques jours après les plaies rénale et lombaire étaient définitivement cicatrisées.

Depuis lors (7 mai) la guérison ne s'est pas démentie. Le malade a même pu subir sans réaction du côté de son rein une séance de lithotritie pour un gravier phosphatique du volume d'une noix.

Obs. III. — *Néphrectomie dans un cas de néphrite aiguë colibacillaire hématurique.*

Cette observation, que j'ai eu l'honneur de vous communiquer l'année dernière, figurant dans vos *Bulletins*, je me contente d'en donner le sommaire, mais je dois la compléter en disant que le malade, qui paraissait guéri au moment où je vous rapportais son histoire, a succombé trois mois après (c'est-à-dire quatre mois après la néphrectomie), à l'infection de l'autre rein.

Obs. IV. — *Néphrectomie dans un cas de néphrite aiguë suppurée greffée sur une pyélonéphrite ancienne.*

J... S..., quarante-quatre ans, d'apparence vigoureuse quoique très affaibli au moment de son entrée, n'a jamais eu, dit-il, de blennorragie ni aucune maladie des voies urinaires jusqu'à il y a quatre ans. A cette époque, il s'est mis à uriner fréquemment et avec douleur, en même temps que ses urines sont devenues troubles et purulentes. Depuis lors, il a continué à avoir de la pyurie et des troubles de la miction, qui l'ont fait considérer comme atteint de cystite chronique. Le 25 mars 1901, il entre dans le service des voies urinaires, se plaignant de douleurs rénales à droite, de fréquence et de douleur de la miction, mais surtout d'incontinence. Les urines sont émises en quantité sensiblement normale, mais elles contiennent beaucoup de pus et des organismes divers sans bacilles de Koch, et la proportion n'y est que de 5 gr. 60. L'exploration de l'urètre et de la vessie est négative. Le rein et l'uretère gauches ne sont ni sensibles, ni augmentés de volume ; par contre, le rein droit est très volumineux et très douloureux à la palpation ; il en est de même de l'uretère correspondant. L'état général est mauvais : pas d'appétit, dégoût pour tous les aliments, même le lait ; pouls petit, fréquent ; peu d'élévation de température. La température locale, prise pendant quelques jours, donne une différence persistante de 3 à 4 dixièmes de degré en faveur du côté droit.

Le diagnostic est pyélonéphrite droite. L'état allant en s'aggravant, je me décide à intervenir.

Le rein, mis à découvert le 29 mars, est très volumineux, pâle et légèrement bosselé à sa surface. Fendu sur son bord convexe, le parenchyme apparaît criblé d'abcès, dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un gros pois; le bassinet contient une petite quantité d'urine purulente; l'uretère est très dilaté. Après avoir un moment hésité, je me décide à enlever ce rein, à l'infection aiguë duquel j'attribue les symptômes alarmants présentés par le malade.

J... S... se réveille calme, mais une heure environ après, il est pris d'un tremblement généralisé à tout le corps. A 6 heures, il n'a pas de température, le pouls est bon, plein, pas rapide, la langue un peu sèche; 150 grammes d'urine ont été rendus. Rien ne fait pressentir une mort prochaine, qui survient brusquement à 6 h. 1/2.

A l'autopsie : foie gras, rate molle et pâle, poumon congestionné; petite quantité de liquide dans le péricarde. Le rein gauche est très volumineux, le bassinet est rempli d'urine purulente. L'uretère est flexueux et dilaté; vessie très hypertrophiée, comparable à un utérus.

Mes 4 interventions dans les cas de néphrites infectieuses que je viens de vous résumer m'ont donné les résultats suivants : 2 néphrotomies : 2 guérisons se maintenant l'une depuis trois ans et demi, l'autre depuis sept mois; 2 néphrectomies : une guérison opératoire, mais mort quatre mois après à la suite de l'infection de l'autre rein, et une mort dans les soixante heures en raison d'une pyonéphrose préexistante du côté opposé.

A ces 4 faits personnels, j'en puis joindre 11 autres que j'emprunte à la littérature médicale. Ce sont d'abord à l'étranger les cas de Robert F. Weir (1), qui pratiqua avec succès la néphrectomie chez un jeune homme de vingt-cinq ans atteint de néphrite colibacillaire avec pyurie abondante, la température oscillant entre 39°4 et 40°5 et l'état général étant très mauvais; ceux d'Israel et de Max Jordau (2), qui néphrectomisèrent aussi heureusement deux malades atteints d'abcès miliaires aigus du rein. Dans notre pays, Legueu a rapporté (3) trois observations de néphrotomie chez des malades atteints d'infection grave accompagnée de phénomènes généraux alarmants que les moyens médicaux avaient été impuissants à enrayer : deux de ces opérés succombèrent, l'un le soir de l'intervention, l'autre au bout de six semaines; le troisième survécut et fut amélioré. Albarran (4) dit avoir pratiqué, dans deux cas de rein mobile atteint de pyélo-

(1) *Medical Record*, 1894, vol. XLVI, p. 325.
(2) Cités par Albarran in *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet.
(3) *Association française de chirurgie*, XIIe Congrès, Paris, 1898.
(4) *Loc. cit.*

néphrite sans rétention, la néphrotomie exploratrice avec fermeture immédiate sans résultat, car les lésions ayant continué à évoluer, il dut recourir ultérieurement à la néphrostomie : l'un de ces malades ne fut guère amélioré et l'autre dut subir plus tard la néphrectomie. On trouve enfin dans vos *Bulletins* de l'année dernière trois faits de néphrites infectieuses très probablement unilatérales, dans lesquels MM. Monod, Routier et Potherat intervinrent avec un plein succès, le premier par la néphrectomie, les deux autres par la néphrotomie.

Ces 15 opérations au cours de néphrites infectieuses aiguës donnant 11 guérisons contre 4 morts, soit une mortalité de 26,66 p. 100, me semblent d'autant plus encourageantes, que la gravité des infections de ce viscère est extrême, et que 2 décès seulement, survenus l'un le soir de l'opération (cas de Legueu), l'autre soixante heures après (cas personnel), sont directement imputables à l'intervention, car les deux autres malades ont succombé après un laps de six semaines (2e cas de Legueu) et de quatre mois (2e cas personnel). Quant aux résultats thérapeutiques, ils semblent avoir été définitifs, puisque tous les opérés notés comme guéris étaient encore vivants au moment de la publication des observations, et que chez deux de ces malades l'intervention remonte actuellement à sept mois et à trois ans et demi. Comme preuve du retour complet d'un rein infecté à sa fonction physiologique et à son état de défense organique, je citerai le malade de mon observation II, qui put subir impunément une séance de lithotritie trois mois après la néphrotomie.

Etant ainsi démontrée la légitimité de l'intervention dans les néphrites infectieuses, je dois maintenant aborder la question de savoir à laquelle des deux opérations, néphrotomie et néphrectomie, il convient de donner la préférence. En m'en rapportant à l'enseignement des quinze faits que je viens d'analyser, je suis conduit à reconnaître une légère supériorité à l'incision sur l'extirpation, puisque la première, suivie de 2 décès sur les 9 fois où elle a été pratiquée, s'est montrée moins meurtrière que la seconde, qui a donné 2 morts sur 6 cas. Ainsi, contrairement à ce qui est généralement admis aujourd'hui pour l'infection tuberculeuse du rein, dans laquelle la néphrectomie, si paradoxale que cette proposition puisse paraître, moins grave et surtout plus efficace dans ses résultats éloignés, est l'opération de choix, dans le traitement des infections banales que j'envisage ici, la néphrectomie doit céder le pas à la néphrotomie. En effet, tandis que le processus pathologique engendré par le bacille de Koch ne peut être enrayé dans le rein comme dans tous les autres organes que par l'éradication des moindres follicules, celui des infections coli-

bacillaires et autres est susceptible d'être entravé par la destruction *in situ* des agents pathogènes. Bien que d'après les faits mêmes que j'ai cités au cours de ma communication et les arguments que j'ai développés ailleurs et qui viennent en confirmation des remarques d'Israel antérieures à mes recherches et que j'ignorais au moment où je les publiais, la possibilité de l'unilatéralité des néphrites ne puisse plus être mise en doute, il n'en est pas moins vrai que la suppression d'un rein est toujours une chose grave, pleine d'*aléas* pour l'avenir, alors même que les moyens que nous avons de nos jours de nous rendre compte de la valeur du congénère nous en révèlent l'intégrité fonctionnelle. Mieux vaut donc essayer de conserver le rein infecté que de l'enlever d'emblee. J'aurais peut-être sauvé mes deux néphrectomisés si je ne leur avais fait subir que la néphrotomie.

Mais en face de la multiplicité des foyers de suppuration et de leur petitesse dans l'infection aiguë du rein, de leur absence même dans bien des cas où les lésions consistent dans l'infiltration leucocytique du parenchyme, on est en droit de se demander comment la simple incision peut agir. Elle agit d'abord en provoquant un écoulement abondant de sang, et remplit ainsi, d'une façon plus certaine et plus rapide que les sangsues et les ventouses appliquées sur la région lombaire, la première indication du traitement de la congestion, phase initiale de toute néphrite. En second lieu, elle favorise l'issue des agents pathogènes et de leurs toxines, en même temps que celle des déchets épithéliaux et autres produits encombrant les canalicules. A ce point de vue, la section du rein, de son bord convexe au bassinet, suivie d'un drainage prolongé, est autrement efficace que la fistulisation de la vésicule biliaire, que l'on a conseillée dans les angiocholites infectieuses et dont la valeur a été discutée dans cette enceinte à diverses reprises.

Une observation toute récente qu'il m'a été donné de faire à l'autopsie d'un malade chez lequel mon collègue Mongour, médecin des hôpitaux, et moi, avions cru devoir pratiquer une néphrotomie à la dernière période d'un mal de Bright avec œdème généralisé, montre bien l'effet décongestif et antiseptique de l'incision rénale. La moitié supérieure de l'organe, qui avait été seulement incisée, avait repris sa consistance, sa coloration et ses divers aspects normaux, tandis que la moitié inférieure était noirâtre, ramollie, comme si elle avait subi un commencement de putréfaction. A cet aspect macroscopique, dont vous pouvez jusqu'à un certain point vous rendre compte sur l'aquarelle que je mets sous vos yeux, correspondaient des aspects microscopiques de retour à l'état normal des éléments anatomiques.

b) *Néphrites chroniques.* — Je suis intervenu dans trois cas de néphrite chronique.

Ma première intervention a été dirigée contre une néphrite hématurique, et je vous en ai rapporté l'observation en juin 1898. A cette époque, un petit nombre d'opérations avaient été entreprises contre cette complication des néphrites; aujourd'hui, elles sont nombreuses. Si je vous rappelle ce fait, c'est parce que l'occasion m'est fournie de dissiper les craintes que mes distingués collègues, MM. Monod, Poirier et Picqué, avaient manifestées sur l'avenir de cette malade. Voilà trois ans que je lui ai extirpé le rein pour des hémorragies profuses qui menaçaient son existence, et sa santé ne laisse, à l'heure actuelle, rien à désirer.

Mes deux autres interventions, au cours de néphrites chroniques, ont été motivées par l'existence d'accidents urémiques alarmants. Je ne crois pas qu'aucun autre opérateur soit intervenu pour obéir à cette seule indication, et je me permettrai d'attirer tout spécialement l'attention de la Société sur ces deux faits.

Obs. V. — *Néphrite mixte unilatérale; accidents urémiques conjurés temporairement par la néphrotomie, puis définitivement par la néphrectomie.*

Cette observation ayant été publiée (1), je n'en donnerai qu'un court résumé.

Femme de trente-trois ans, ayant subi en novembre 1898 une hystérectomie abdominale totale pour fibrome, comprimant l'urètre et déterminant de la rétention, commence quelques mois après à perdre l'appétit et à maigrir, puis présente des œdèmes fugaces, particulièrement dans le membre supérieur gauche, et finalement a des hématuries rénales très abondantes. Après quelques mois de cet état, la quantité des urines diminue assez rapidement, le taux de l'urée s'abaisse à 6 et 4 grammes, et une petite quantité d'albumine apparaît; à ces phénomènes ne tardent pas à s'ajouter tous les symptômes de l'urémie.

A ce moment, 13 juin 1900, je pratique la néphrotomie gauche, divers moyens d'exploration m'ayant donné à penser que le rein de ce côté est le seul pris ou tout au moins le plus malade. De suite les hématuries cessent et rapidement la quantité des urines se relève à 2.000 grammes, l'urée remonte à 15 gr. 60 en vingt-quatre heures et tous les accidents urémiques disparaissent. Cette amélioration se maintient tant que le rein reste ouvert, mais tous les symptômes : oligurie, abaissement de l'urée, phénomènes d'intoxication, réapparaissent aussitôt sa fermeture,

Après plusieurs mois d'attente, sous la pression des accidents menaçant la vie de ma malade, je me décide à pratiquer la néphrectomie le 12 décembre 1900. Dès le quatrième jour après cette intervention, le volume des urines, tombé à 400 grammes, atteint 1.150 grammes et bientôt dépasse 2.000 grammes; l'urée, de 4 grammes, remonte à

(1) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, avril 1900.

16 grammes, et les accidents urémiques disparaissent. A sa sortie de l'hôpital, trente-six jours après la néphrectomie, l'analyse chimique des urines montrait leur retour à leur composition normale, et la guérison, qui pouvait être considérée comme définitive, ne s'est pas démentie depuis dix-sept mois que la malade est opérée,

Obs. VI. - *Néphrite chronique lithiasique, très vraisemblablement unilatérale; accidents urémiques ayant cessé à la suite de la néphrotomie et menaçant de se reproduire depuis que le rein est fermé.*

Cette observation étant très longue, je la résumerai d'après la rédaction de mon externe Cahuzère.

C... A..., repasseuse, quarante-six ans, a eu une première attaque d'anasarque accompagnée de polydipsie à dix-neuf ans et demi, six mois après son mariage. Après sept à huit mois, retour à la santé et engraissement considérable : poids, 113 kilogrammes. Quelques mois après, pour la première fois, urines louches et pertes puriformes abondantes par le vagin. Pendant plusieurs années elle est traitée pour de la métrite par des cautérisations. En janvier 1889, double ovariotomie.

En octobre de la même année, pour la première fois, douleurs néphrétiques avec mictions fréquentes et issue d'une petite quantité d'urine contenant du sang et des sables; après deux jours d'anurie la malade demeure oligurique pendant plusieurs mois et présente des accidents urémiques graves, notamment du coma durant quinze jours. Cependant une amélioration survient qui dure cinq à six ans, période pendant laquelle les urines sont presque constamment louches, épaisses, contenant des sables.

En 1896, deux nouvelles crises d'urémie à quelques semaines de distance ; la seconde est accompagnée d'anurie d'une durée de treize jours; et une hémiplégie gauche, puis droite, lorsque la première a disparu, frappe la malade. Amélioration pendant trois ans; en 1899, quatrième crise d'urémie.

Le 27 mars 1901, la malade, qui, depuis trois ou quatre mois, souffre constamment de céphalée, a des vomissements fréquents, de la dyspnée, des éblouissements, entre dans le service des maladies des voies urinaires. Elle se plaint de souffrir dans les deux régions lombaires, mais les douleurs ont été longtemps localisées au côté droit, et la palpation, rendue difficile par l'extrême obésité de la malade, est cependant bien moins supportée à droite qu'à gauche : il en est de même de la palpation de l'uretère.

L'exploration de la vessie est négative. Les mictions, un peu plus fréquentes qu'à l'état normal, sont un peu douloureuses. Les urines, claires à l'émission, mais fortement sédimenteuses par le repos, ne dépassent pas 400 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures et contiennent 11 gr. 20 d'urée, 3 gr. 92 d'acide phosphorique, 7 gr. 50 par litre de chlorure de sodium, traces d'albumine, urate acide de soude, acide urique, oxalate de chaux, quelques leucocytes.

Malgré les divers traitements mis en œuvre : révulsion, ventouses

scarifiées sur les régions lombaires, diurétiques, l'oligurie persiste et la proportion des sels diminue au point que l'urée tombe au-dessous de 4 grammes dans les vingt-quatre heures; parallèlement les phénomènes urémiques s'aggravent considérablement et les douleurs lombaires deviennent intolérables.

Tout en faisant des réserves sur l'existence d'un gravier ou même de simples sables encombrant le bassinet, on penche vers le diagnostic de néphrite lithiasique plus prononcée à droite, sinon unilatérale, et ayant dans ce cas retenti par voie réflexe sur le rein gauche, et on décide de pratiquer la néphrotomie.

Cette opération est pratiquée le 19 avril, non sans quelques difficultés, en raison de l'énorme embonpoint de la malade; drain dans le bassinet.

Pendant les trois premiers jours, la malade présenta des phénomènes d'affaissement général et de coma très inquiétants. La quantité des urines émises par l'urètre ne dépassa guère de plus de 100 centimètres cubes celle rendue avant la néphrotomie, mais à cette quantité il convient d'ajouter celle dérivée par le drain.

Le 4e jour, la malade sortit de son abattement et revint rapidement à un état satisfaisant. Les douleurs rénales, si violentes, cessèrent, et la plaie seule fut douloureuse : les accidents urémiques se dissipèrent, peu à peu, l'appétit revint, les digestions se firent régulièrement, et bientôt la santé, si altérée depuis longtemps, ne laissa rien à désirer. Au fur et à mesure que se produisit cette amélioration, on put voir la quantité des urines se relever, le taux de l'urée augmenter et la proportion des sels se régulariser, indiquant ainsi la reprise de la fonction rénale. C'est ainsi que le 25 avril, six jours après la néphrotomie, la malade rend 1.000 centimètres cubes d'urine, éliminant 18 grammes d'urée, 1 gramme d'acide phosphorique et 7 gr. 30 de chlorure de sodium. La quantité des urines et des produits excrémentitiels va encore en augmentant jusqu'au 3 mai, mais, à partir de cette date, le drain ayant été chassé de la plaie rénale et l'incision commençant à se fermer, le taux de l'urine décroît progressivement et tombe au-dessous de 700 centimètres cubes et même de 600 centimètres cubes. Comme conséquence de cette insuffisance de la dépuration rénale, les accidents urémiques réapparaissent, les douleurs lombaires reprennent et l'état général s'altère.

Actuellement, 12 juin, la malade est sensiblement dans la même situation qu'avant la néphrotomie.

On voit, dans les deux observations que je viens de résumer, que les accidents urémiques, conséquence de l'oligurie et de l'insuffisance excrémentitielle du rein momentanément conjurés par la néphrotomie, se sont reproduits après la fermeture de l'incision rénale et que, chez la première malade, la néphrectomie secondairement pratiquée les a fait disparaître.

Nos connaissances actuelles sur le fonctionnement du filtre rénal et sur le retentissement par voie réflexe des lésions d'un rein sur

son congénère permettent de donner à ces deux faits cliniques une interprétation rationnelle.

Etant donnée la tension extrême qui existe habituellement dans les néphrites dans toutes les parties du parenchyme enserré par sa capsule inextensible et qu'augmentent par moments les poussées congestives si fréquentes, la néphrotomie a pour effet de donner de l'aisance aux tissus, de ramener la circulation et l'innervation à leurs conditions physiologiques, et de permettre aux épithéliums, dont ils régissent la nutrition, d'assurer l'excrétion de l'urée et des autres produits excrémentitiels. La fistulisation du rein et mieux encore la néphrostomie assurent la permanence de ce résultat dans les néphrites anciennes, mais il est probable que la guérison serait définitivement obtenue par l'incision temporaire, si l'on intervenait au début de l'inflammation, alors que les altérations anatomiques sont susceptibles de rétrocéder et que la *restitution ad integrum* des éléments histologiques est encore possible.

Ce n'est pas seulement sur le rein malade que la néphrotomie agit pour restaurer sa fonction, mais son influence se fait également sentir sur son congénère. En supprimant le point de départ d'un réflexe inhibitoire, qui pour être moins évident dans les affections médicales du rein que dans les affections chirurgicales, n'en est pas moins réel, l'incision du viscère malade permet à celui du côté opposé de reprendre ses fonctions dans leur intégralité. Les deux observations que je vous ai rapportées fournissent une preuve péremptoire de l'existence de ce réflexe, en même temps qu'elles indiquent le moyen de le faire cesser.

Dans cette assemblée, où la doctrine de l'influence des états viscéraux sur le pronostic des traumatismes opératoires a eu des défenseurs si autorisés, je me garderai bien de nier que la diminution de la sécrétion de l'urine, l'abaissement du taux de l'urée et des sels, la présence de l'albumine ne soient d'une façon générale une contre-indication à l'intervention, mais, m'appuyant sur les faits cliniques que je viens de vous soumettre, je crois que, dans certaines affections, l'insuffisance de la dépuration rénale devient une indication formelle de la néphrotomie ou de la néphrectomie. Sans se départir des règles d'une sage prudence, la chirurgie des reins semble pouvoir prétendre à l'extension de son domaine, ainsi que l'a fait celle du foie, qui depuis plusieurs années déjà s'attaque victorieusemeni aux affections aiguës de ce viscère et compte aussi des résultats encourageants dans ses affections chroniques, telles que les cirrhoses. Par sa situation extrapéritonéale, par sa structure moins complexe, par sa dualité surtout, le rein offre des conditions de sécurité opératoire bien supé-

rieures à celles du foie ; si donc la légitimité des tentatives de chirurgie hépatique a été reconnue par un certain nombre d'opérateurs, elle ne saurait être refusée aux tentatives de chirurgie rénale, qui s'adresseraient aux néphrites chroniques, substratum anatomique du mal de Bright.

M. F. Legueu. — Dans l'intéressante communication de Pousson, je veux relever seulement ce qui a trait au traitement des pyélonéphrites aiguës.

Dans ces derniers temps, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer la néphrostomie pour des infections de ce genre, ayant absolument résisté au traitement médical prolongé, et je n'en ai eu que de mauvais résultats. Il y a trois ans, j'ai été appelé à Angoulême, près d'un malade qui était depuis longtemps en puissance d'une infection rénale à droite. Le malade était dans un état général très grave, avec une température de 40 degrés; il succomba le soir même de l'opération.

Une autre fois, je fus appelé également en province, près d'une malade d'une quarantaine d'années qui se cachectisait de plus en plus, avec une température rémittente, continue; il y avait un peu de pus dans les urines et des douleurs du côté droit. Je fis la néphrostomie et la malade fut améliorée pendant quelque temps ; elle succomba cependant au bout de six semaines.

Enfin l'année dernière, à Broca, j'ai fait une opération du même genre sur une malade cachectique, fébrile depuis plusieurs semaines avec douleur sans tuméfaction du côté droit. Malgré la néphrostomie, cette malade a continué à avoir de la fièvre, et, trois mois après, elle n'avait encore eu aucun bénéfice de l'opération.

J'ai observé avec mon ami Michaux un quatrième cas, qui ne fut guère plus heureux, puisque le malade dut subir plus tard la néphrectomie.

Dans ces pyélonéphrites aiguës sans rétention, de deux choses. l'une : où la lésion est bilatérale, et il n'y a rien à faire; ou elle est unilatérale, et dans ce cas il vaut mieux l'enlever.

M. Pousson. — J'ai bien eu soin de dire, au cours de ma communication, que je n'avais en vue que les néphrites infectieuses aiguës avec abcès miliaires disséminés dans le parenchyme, en infiltration purulente diffuse, et non de collections volumineuses qui caractérisent les pyélonéphrites d'ordre chirurgical. Il me semble que M. Legueu a eu précisément affaire à des néphrites infectieuses aiguës dans les trois cas qu'il a rapportés au Congrès français de chirurgie de 1898, à propos de la discussion sur la néphrotomie. Deux de ses malades sont mortes, mais la troisième

a guéri, et je compte ces trois faits dans les éléments d'appréciation de l'incision du rein dans les néphrites aiguës. M. Legueu, qui a oublié sa troisième observation de sa communication de 1898, en ajoute une qui date de l'année dernière; ce n'est donc pas 3, mais 4 interventions pour néphrites infectieuses que M. Legueu a à son actif.

Quant au choix à faire entre la néphrotomie et la néphrectomie, je crois que la préférence doit être donnée à la première. Par le mécanisme que j'ai fait ressortir dans ma communication, l'incision du rein suffit à entraver le processus infectieux dans un rein gorgé de microorganismes et de leurs toxines, et à permettre aux éléments anatomiques de reprendre leurs fonctions.

M. Albarran. — Dans l'intéressante communication de M. Pousson, il faut distinguer ce qui a trait aux pyélonéphrites infectieuses, aux néphrites chroniques unilatérales, enfin aux néphrites médicales aiguës.

Dans les pyélonéphrites infectieuses aiguës, ascendantes ou hématogènes, l'intervention chirurgicale ne peut être justifiée que si l'unilatéralité des lésions ou la grande prédominance d'un côté se trouve démontrée. La néphrectomie a donné quelques succès; la néphrostomie, des résultats médiocres ou mauvais. Il ne faut surtout pas oublier combien fréquemment nous voyons des poussées aiguës guérir facilement par le simple traitement médical. Dans ces derniers temps, j'ai été appelé en consultation par M. Bouilly pour une pyélonéphrite infectieuse ascendante aiguë; malgré que le rein droit seul parût atteint, en l'absence de toute rétention rénale, nous n'opérâmes pas, et la malade guérit. Dans un autre cas, observé avec nos collègues Gilbert et Lion, il s'agissait d'une pyélonéphrite sans rétention consécutive à une angine : je crus devoir m'abstenir d'opérer, et la malade guérit. Je pourrais citer bien d'autres cas semblables, sans parler de ce que nous observons tous les jours dans les salles d'urinaires. Il ne faut pas se hâter d'opérer; il ne faut opérer que si les lésions sont unilatérales et, en cas d'intervention, s'il existe des abcès miliaires multiples, mes préférences iraient à la néphrectomie.

Les résultats obtenus par M. Pousson dans les néphrites chroniques unilatérales confirment ce que nous savons sur les bons résultats de la néphrostomie dans les néphrites douloureuses ou hématuriques, et ses résultats, au point de vue des fonctions rénales, sont fort intéressants.

Je suis plus sceptique en ce qui regarde le traitement du mal de Bright par la néphrotomie, et j'ai peu de confiance dans cette opération pour remédier aux poussées aiguës des néphrites chro-

niques ou pour empêcher l'évolution des néphrites médicales aiguës.

Dans le cas de gros rein blanc dont nous parle M. Pousson, l'influence heureuse de l'opération au point de vue anatomique n'a pas empêché le malade de mourir en trois ou quatre jours. Il ne me paraît d'ailleurs pas démontré que les lésions moins graves siegeant au niveau de la plaie opératoire, soient le résultat de l'intervention : la zone moins malade s'étend, dans le dessin, à toute l'extrémité supérieure du rein qui n'avait pas été toute incisée.

J'ai eu l'occasion d'intervenir dans un cas, chez un malade de M. le professeur Hutinel, pour anurie due à une néphrite scarlatineuse aiguë : l'anurie datait de cinq jours et je pratiquai la néphrostomie. Le surlendemain, il coula un peu d'urine par la plaie, mais l'anurie continua et le malade mourut cinq ou six jours après l'opération. Dans des cas analogues, malgré cet échec, l'intervention pourrait être justifiée, mais il faut en somme avoir une confiance très limitée dans la néphrostomie pour désobstruer les canalicules rénaux encombrés d'épithélium.

M. Pousson. — Je dois répondre à M. Albarran que je me suis appuyé, pour établir la légitimité de l'intervention dans les néphrites infectieuses, non seulement sur mes cas personnels, mais sur 11, relevés dans la littérature médicale. Parmi eux, figurent les faits qui lui appartiennent en propre et qui, sans être absolument défavorables à l'incision du rein, ne lui sont pas formellement contraires, car ses deux malades, sans être « guère améliorés », ont survécu à l'opération. Quant aux interventions dans les néphrites chroniques, mes deux faits sont encourageants. Ils doivent nous pousser dans cette voie, où se sont engagés quelques chirurgiens étrangers. Il est évident que d'ici longtemps on ne pratiquera pas, de parti pris, l'incision et la fistulisation rénale chez les brightiques dont la santé se maintient en équilibre, mais je crois que cette opération devra trouver ses indications dans ces épisodes aigus d'urémie si fréquents au cours du mal de Bright.

Présentations de malades.

Rupture du moyen adducteur. Suture par un procédé spécial. Guérison.

M. Delorme. — Ce cavalier, nommé Bor..., de Bergerac, en sautant de cheval, il y a six mois, éprouva dans la cuisse droite une sensation douloureuse de déchirure. Il tint à continuer néanmoins son service de cavalier malgré les douleurs qu'il éprouvait.

Six mois après l'accident, il entra à l'hôpital Bégin, présentant

les signes classiques d'une rupture du moyen adducteur : tumeur des dimensions du poing au tiers supérieur de la cuisse, tumeur permanente, augmentant et remontant pendant la contraction du muscle, diminuant par le repos.

Je pratiquai alors chez ce malade l'opération que j'ai décrite dans les Bulletins de la Société de chirurgie il y a quelques années.

Incision de 25 centimètres, partant presque de l'arcade de Fallope, suivant l'axe du moyen adducteur ; incision longitudinale de l'aponévrose intacte ; dégagement et repérage de la tumeur musculaire globuleuse liée par son centre à un gros prolongement fibreux, seul vestige des insertions tendineuses. Ce prolongement fibreux est libéré au centre même de la masse musculaire.

Au fur et à mesure de cette libération, la masse musculaire s'aplatit et s'étale.

Après avoir bien avivé cette dernière, je réunis par une série de dix fils de soie à anses la face profonde du moignon musculaire au tissu fibreux informe qui représentait le tendon du muscle. Cette réunion se fit le plus bas possible. Cela fait, une deuxième rangée de six fils de soie à anses fixa de même, et toujours aussi bas que possible, la partie moyenne du muscle au tissu fibreux, au-dessous du plan de fixation des premiers fils. Enfin, une troisième série de huit fils assujettit la surface superficielle du muscle aux mêmes tractus fibreux, au-dessous ou au niveau du plan de fixation précédent.

Suture de l'aponévrose, de la peau. Pansement compressif et très immobilisant. Les deux genoux sont réunis pour prévenir des mouvements d'abduction qui eussent pu compromettre la cicatrisation. Réunion par première intention.

Le blessé a été opéré il y a trente-six jours ; au repos, la tumeur a disparu. Pendant la contraction du muscle, on ne trouve à sa place qu'un léger soulèvement.

Chez les quatre malades que j'ai opérés jusqu'ici et qui ont été revus longtemps après le traumatisme, c'est ce que j'ai obtenu : au repos, la tumeur a disparu ; pendant la contraction, il persiste un léger soulèvement. Je pense qu'il serait difficile d'obtenir davantage. Ce résultat a été jugé satisfaisant par les membres de la Société qui ont vu cet opéré.

Ostéomyélite costale typhoïdique. Résection de 20 centimètres de la 10e côte. Guérison.

M. Delorme. — Les cas d'ostéomyélite costale dus au bacille d'Eberth ne sont pas si communs qu'il n'y ait plus d'intérêt aujourd'hui à en montrer des exemples.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter fut atteint en août 1900 d'une fièvre typhoïde, à allures cliniques typiques, à diagnostic confirmé par le séro-diagnostic, pour laquelle il reçut les soins de M. le médecin-major de 1re classe Schrapf, à l'hôpital Bégin.

La fièvre persista deux mois et demi. Dans le courant du troisième mois, en pleine convalescence, ce malade accusa un point douloureux sur le trajet de la 10e côte, sur la ligne axillaire.

Cette ostéalgie s'accompagna d'élévation de la température d'empâtement, de tuméfaction, de rougeur. Au bout de deux jours, on fut obligé d'inciser l'abcès. Issue d'une notable quantité de pus.

La plaie restant fistuleuse et l'exploration faite au stylet démontrant la présence d'un foyer nécrotique, je mis la côte malade à découvert, six mois après le début du mal et fus entraîné à exciser successivement, avec la pince-gouge, plus de 20 centimètres de la 10e côte. En avant, l'excision s'arrêta au cartilage; je la limitai aux parties saines.

L'opération fut conduite avec prudence pendant la dénudation de la partie profonde, irrégulière, de la côte, pour éviter toute échappée dangereuse. Je me servis d'un détache-tendon mousse.

La lésion était macroscopiquement caractérisée par de l'ostéite avec lamelles nécrotiques étendues et épaississement notable du périoste.

La guérison que la nature n'avait pu assurer fut obtenue par première intention.

L'examen bactériologique du pus, fait immédiatement pendant la première incision, démontra à M. le médecin-major de 1re classe Schrapf la présence exclusive du bacille d'Eberth dans l'abcès.

En somme, il s'agissait ici d'une ostéomyélite éberthienne à forme aiguë.

Névralgie faciale rebelle. Résection du nerf maxillaire inférieur et destruction du ganglion de Gasser. Guérison,

M. Gérard Marchant. — Le malade a commencé a souffrir il y a dix ans de son trijumeau droit. Les douleurs furent d'abord localisées au niveau de l'os malaire, venant trois ou quatre fois par jour par crises violentes durant un quart d'heure, le malade ne souffrant guère dans l'intervalle des crises. On le traita pendant quelque temps par des pilules, qui n'eurent du reste aucun effet.

Il fut alors opéré une première fois en avril 1893, par M. Duplay, qui, au dire du malade, pratiqua une résection du nerf sous-orbitaire et sus-orbitaire.

A la suite de cette opération le malade resta soulagé pendant

huit mois. Puis les douleurs recommencèrent. Le malade rentra de nouveau dans le service de M. Duplay, qui cette fois fit une résection du rebord alvéolaire de la maxillaire supérieure. L'opération n'amena pas du reste de soulagement notable. Le malade n'avait pas de crises nerveuses très violentes, mais il souffrait continuellement, avec endolorissement de tout le côté droit de la face, quand, il y a quatre mois, survint une nouvelle phase, extrêmement aiguë.

Presque tous les jours, le malade a deux grandes crises douloureuses survenant avec une certaine périodicité, le plus souvent à 11 heures 1/2 du matin et 6 heures du soir. Ce sont des douleurs fulgurantes, éclatant à la fois sur différents points des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, tellement violentes qu'elles font crier le malade et le rendent inabordable pour son entourage. Pendant ces accès, il y a rougeur du visage, larmoiement des yeux, battement des artères.

Entre les accès, tout le côté droit de la face reste endolori. Les douleurs sont réveillées par la mastication, la parole, les courants d'air, les frôlements de la peau. Le malade ne peut plus se faire raser ; il craint même de parler, et ne répond qu'à voix basse, pour mobiliser le moins possible son maxillaire inférieur. La vie lui est devenue intolérable. Ses parents et amis le supportent avec peine ; déjà à deux reprises il a songé à en finir avec ses souffrances, et il préfère mourir que de continuer à vivre dans de pareilles conditions.

A l'examen, on ne constate guère de troubles trophiques. Il n'y a pas d'herpès, pas de zona ophthalmique, pas de troubles spéciaux du côté de la peau ou des poils. La conjonctive droite est légèrement injectée ; mais le malade y voit aussi bien de cet œil que de l'autre.

La plupart des points douloureux existent, et le malade désigne les principaux lui-même :

Sur l'ophtalmique : le sus-orbitaire, le palpébral externe, le naso-lobaire (ce dernier très douloureux à la pression);

Sur le maxillaire inférieur, il ne semble y avoir ni point malaire, ni point sous-orbitaire ;

Sur le maxillaire inférieur, les points auriculo-temporal et mentonnier sont désignés par le malade lui-même.

Le malade est extrêmement nerveux. Il pleure très facilement, est facilement irascible. Il n'a toutefois pas de troubles nerveux autres que ce nervosisme. Les réflexes rotuliens sont normaux. Il n'y a pas de trépidations épileptoïdes. Le réflexe plantaire seul est amoindri.

Malgré son âge (soixante-neuf ans), le malade est encore solide.

Il n'a rien aux poumons. Les deux bruits du cœur sont un peu indurés. Les urines sont normales. Et au point de vue local, on ne lui trouve guère que des varices peu prononcées, un léger degré de varicocèle, des anneaux inguinaux un peu lâches, et de très petites hémorroïdes.

Comme maladies antérieures, pas de syphilis, mauvaises dents, paludisme.

Dans les antécédents héréditaires, le père est mort à quatre-vingt-onze ans, rhumatisant et aveugle. La mère est morte à trente ans, de cause inconnue. Un frère mort à quarante ans. Sœurs bien portantes, sans aucun trouble nerveux.

Le malade est marié. Sa femme n'a jamais été malade. Sa fille, bien portante, a souvent des névralgies.

Opération le 17 mai. — Après une incision curviligne de la peau, on sectionne ses deux extrémités, l'apophyse zygomatique, que l'on récline en bas. Puis, isolant le muscle temporal, on résèque l'apophyse coronoïde et l'on peut ainsi récliner en haut le muscle. Dans ce temps, la partie supérieure de l'articulation temporo-maxillaire se trouve ouverte. Les veines du plexus ptérygoïdien, qui saignent beaucoup, inondent la plaie de sang. On trépane la fosse temporale, et réclinant le cerveau avec l'écarteur malléable de Poirier, on sectionne les nerfs maxillaire inférieur et supérieur et l'on détruit le ganglion de Gasser en le fragmentant et en l'écrasant.

Suites opératoires. — Dès le lendemain de l'opération, anesthésie de la cornée et de toute la moitié de la face.

Lavage quotidien de l'œil droit à l'eau boriquée pour empêcher l'inflammation de la conjonctive, en raison de l'anesthésie cornéenne : quelques gouttes d'atropine tous les jours.

Au bout d'une quinzaine de jours, la sensibilité de la cornée revient très légèrement. La sensibilité revient aussi aux limites de la région précédemment insensible, c'est-à-dire au niveau de l'arcade sourcilière, sur la paupière supérieure, sur l'aile du nez et au niveau du menton. Le malade, qui se plaignait de se mordre la joue en raison de l'insensibilité, ne se plaint plus de cet inconvénient. Il y a aucune déformation de la face, sauf une légère boufissure qui elle-même tend à disparaître.

Les pansements de l'œil ne sont plus continués à partir du 5 juin. Un collodion est appliqué sur la plaie le 11 juin.

Bien que l'articulation temporo-maxillaire ait été ouverte, que l'apophyse coronoïde ait été réséquée, le malade fait sans aucune difficulté les mouvements de la mastication.

Depuis l'opération, il n'a ressenti aucune douleur.

Cystite tuberculeuse.

M. Luys présente un malade atteint de cystite tuberculeuse, et guéri par des injections d'air stérilisé. — M. Hartmann, rapporteur.

Cancer du testicule gauche.

M. Souligoux présente un cancer du testicule gauche, ectopié dans le cul-de-sac recto-vésical. Varicocèle situé dans le canal inguinal. Extirpation du testicule et du varicocèle. Guérison. — M. Guinard, rapporteur.

Présentations de pièces.

Abcès de l'amygdale et abcès sous-maxillaire, ostéite de l'apophyse styloïde du temporal. Incision sous-maxillaire, résection de l'apophyse styloïde. Anesthésie lombaire.

M. Chaput. — Le nommé P..., trente-neuf ans, n'a jamais souffert des dents; il a une petite carie de la deuxième grosse molaire inférieure gauche obturée et indolente.

Il y a un mois, douleur de gorge, à gauche, qui gagne la mâchoire; peu après constriction de la mâchoire qui devient rapidement très accentuée, les dents ne pouvant s'écarter de plus de 1 centimètre.

Ces jours derniers, la douleur se propage au voile du palais et à l'oreille gauche.

Au premier examen, je constate l'absence de la dent de sagesse correspondante, et la présence d'une tuméfaction légère très douloureuse à la face interne de la branche montante du maxillaire, en avant de l'amygdale.

J'hésite entre un abcès d'un follicule amygdalien et une inclusion de la dent de sagesse.

Constatant deux jours après l'existence d'une carie de la deuxième molaire inférieure gauche, je conseille au malade de la faire soigner ; le malade la fait arracher; les phénomènes douloureux et fébriles et la constriction s'aggravent ; le malade entre dans mon service et je constate alors un gros abcès de l'amygdale, qui est incisé immédiatement le 3 juin.

Les phénomènes douloureux persistent; en même temps, les ganglions sous-maxillaires se prennent et se tuméfient, de même que la région du masséter, qui rapidement devient fluctuante.

Opération le 8 juin 1901. — Anesthésie lombaire : 4 centigrammes faibles. Anesthésie généralisée.

Incision angulaire encadrant l'angle de la mâchoire très bien supportée. J'évacue une ou deux cuillerées à café de pus sous-maxillaire.

Je décolle ensuite le masséter et le ptérygoïdien, mais ces manœuvres s'accompagnent de plaintes, qui paraissent surtout liées à l'angoisse cocaïnique, car le malade ne fait pas effort pour porter les mains à sa tête — et il se plaint même en dehors de toute manœuvre opératoire.

L'index introduit au fond de la plaie rencontre la pointe de l'apophyse styloïde rugueuse et dénudée. Rugination de l'apophyse, résection de deux petits fragments, enfin dénudation de toute la longueur de l'apophyse, et arrachement après rupture à l'aide d'une pince de Péan ; mèche iodoformée, agrafes de Michel.

Depuis l'opération, le malade va très bien et s'améliore progressivement.

Il est difficile de déterminer la cause exacte de cette ostéite styloïde; il est possible qu'il s'agisse d'une infection partie de l'amygdale ou des dents, ayant provoqué une adénite suppurée qui par contiguïté a altéré l'apophyse styloïde.

Observation de l'anesthésie. — *Précautions* : une heure avant l'opération, Todd digitale (50 centigrammes de teinture). Ligature élastique du cou. Caféine, 40 centigrammes, en injections sous-cutanées. Injection d'un litre de sérum à la cuisse aussitôt après la piqûre.

Ponction lombaire, aspiration de 4 centimètres cubes.

Injection de 4 centimètres cubes (4 centigr.) de cocaïne tyndallisée.

Piqûre à		. . . .	9 h. 44
Anesthésie remonte		au mamelon, à	9 h. 49 (5 min.)
—	—	au cou, à	9 h. 51 (7 min.)
—	—	aux bras et mains, à. .	9 h. 52 (8 min.)
—	—	face tragus, à	9 h. 59 (15 min.)

La face est restée colorée pendant toute l'opération. Sueurs, cris, contractions musculaires et plaintes pendant les décollements à la rugine, et même en dehors des traumatismes. Le pouls n'a pas dépassé 80 pulsations, il a été constamment fort et calme.

Pas de vomissements ni pendant ni après l'opération.

Insomnie. Pas de céphalée.

En résumé, anesthésie généralisée totale bonne à l'incision, angoisse cocaïnique pénible, pas de vomissements ni de céphalée.

Ganglions tuberculeux du cou. Ablation partielle.
Anesthésie lombaire.

J'ai obtenu le 10 juin dernier une seconde anesthésie généralisée et totale avec 4 centigrammes de cocaïne pour une opération sur le cou (ganglions tuberculeux).

Précautions préalables : Todd digitale, injection de morphine (1 centigramme), tête déclive.

En 21 minutes, l'anesthésie est montée jusqu'à l'oreille; pas de vomissements; l'excitation a été moindre que chez l'autre malade en raison d'une injection préalable de 1 centigramme de morphine. Le pouls est monté à 160 pulsations, mais il a gardé sa force; la face est restée colorée. L'incision a été bien supportée, mais l'angoisse a été assez pénible quoique bien moindre que chez le malade précédent, et elle paraissait accrue par la conscience exacte que le malade avait des diverses manœuvres opératoires.

Le malade a bien dormi la nuit suivante et n'a pas eu de céphalée.

Ces deux cas sont très intéressants par l'étendue de l'anesthésie, par la précision avec laquelle elle a été obtenue, par l'absence de phénomènes d'intoxication, par le siège élevé des opérations (tête et cou).

L'anesthésie a été satisfaisante, mais l'angoisse a été assez pénible; lorsque nous serons arrivés à la supprimer, ce qui aura lieu prochainement, je l'espère, l'anesthésie lombaire pourra se poser en rivale de l'anesthésie générale.

Ces deux observations sont, à ma connaissance, les premiers cas d'opération sur la tête et le cou faites avec l'anesthésie lombaire.

M. Delorme. — J'ai pu maintes fois vérifier la justesse de la remarque de notre collègue M. Chaput, sur les différences que présentent les malades à ressentir la douleur.

Sans chercher d'autres exemples, je dirai que les opérations d'empyèmes que j'ai pratiquées, avec ou sans résections costales, ont pu être faites, en général, sur des malades non anesthésiés par le chloroforme ou localement. Peu se sont plaints. Quelques-uns ont souffert. Ils ont été anesthésiés par quelques bouffées de chloroforme. En général, on exagère les douleurs que les malades ressentent de nos interventions quand elles ne sont pas trop prolongées.

M. Paul Reclus. — M. Chaput nous dit que pour obtenir l'anesthésie totale il a injecté 4 centigrammes d'alcaloïde et poussé rapidement l'injection. Je fais remarquer d'abord que cette dose de 4 centigrammes est considérable et que, à cette heure, je

n'oserais plus prendre la responsabilité de l'injection. J'ajoute qu'il y a danger à pousser rapidement l'injection dans le canal rachidien, et si je me rappelle bien, M. Tuffier lui-même, dans sa dernière communication, demande qu'on fasse pénétrer *très lentement* le liquide dans le sac dural.

Ce n'est pas tout : cette dose énorme de 4 centigrammes, cette méthode dangereuse de pousser rapidement l'injection, ne peuvent même pas assurer à l'opérateur l'anesthésie totale. Et, dans un cas personnel où je voulais pratiquer la gastrostomie, mes 4 centigrammes de solution, que je n'oserais plus injecter aujourd'hui, et cette injection rapidement poussée, ont provoqué une analgésie qui s'est arrêtée au niveau de l'ombilic. J'ai dû faire ma gastrostomie par l'injection localisée de cocaïne, méthode de choix dans ce cas. Je considère donc la rachi-cocaïnisation sus-ombilicale telle qu'elle vient d'être indiquée, à la fois comme infidèle et comme dangereuse.

M. Nélaton. — Je voudrais prévenir mes collègues contre ces doses excessives de 4 centigrammes. Pour moi, je ne dépasse jamais 2 centigrammes.

M. Guinard. — J'ai essayé hier d'enlever un sein et de curer l'aisselle par l'anesthésie lombaire en injectant 3 centigrammes de cocaïne. Ma malade a senti, et j'ai été obligé de donner un anesthésique général. Pour moi, ce n'est pas tant la dose de cocaïne que la variété individuelle qui favorise l'anesthésie. Cela est si vrai qu'avec un centigramme de cocaïne on obtient une anesthésie parfaite.

M. Chaput. — J'ajouterai, pour compléter ma communication, que j'emploie toujours une solution de cocaïne à 1/100, et je la pousse rapidement.

Je répondrai à M. Nélaton que je ne suis pas arrivé d'emblée à la dose de 4 centigrammes; j'ai commencé par injecter 1 centigramme et demi, puis 2, puis 3, enfin 4 centigrammes, c'est la bénignité croissante de mes anesthésies qui m'a poussé à augmenter les doses de cocaïne.

Dans mes deux cas, l'anesthésie a été très bénigne; la face est restée colorée; ni vomissements, ni céphalée; dans un cas, le pouls n'a pas dépassé 80; chez l'autre malade, il est monté à 160, mais il est resté très fort.

Je crois que la bénignité de mes cocaïnisations est due aux précautions adjuvantes que j'emploie, et qui sont indiquées dans mes observations.

Je ferai remarquer que, grâce à ces précautions, j'obtiens avec

4 centigrammes des anesthésies beaucoup plus bénignes que dans mes premières anesthésies avec des doses faibles d'un centigramme et demi.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

M. POTHERAT. — Je vous ai présenté, il y a quinze jours, un kyste dermoïde de l'ovaire offrant cette particularité anatomo-pathologique de s'être tordu sur lui-même, et d'avoir entraîné dans sa rotation la trompe, et une grande partie du ligament large, d'où une abondante extravasation sanguine ayant donné lieu au complexus symptomatique de l'hématocèle rétro-utérine.

Aujourd'hui, c'est encore un kyste dermoïde que je vous apporte, parce que lui aussi me paraît présenter une particularité au moins, digne d'attention. Je l'ai enlevé par laparatomie, le 9 mai dernier, chez une jeune femme de vingt ans, entrée quelques jours auparavant dans mon service de la Maison municipale de santé. On avait cru cette femme enceinte, et les circonstances étaient bien faites pour donner à cette opinion toutes les apparences de la réalité. Mariée depuis huit mois seulement, son ventre s'était mis à grossir assez rapidement et sans douleur depuis quelques semaines, sans cependant entraîner de troubles digestifs, et avec persistance des règles. A l'examen l'existence d'une tumeur remontant à mi-chemin de l'ombilic et du pubis, arrondie, molle, fluctuante, médiane, avec un peu d'inclinaison à droite; la présence dans cette tumeur d'une masse plus résistante, et déplaçable; la constatation, au toucher vaginal, que l'utérus était refoulé par la tumeur et se déplaçait dans les mouvements imprimés à celle-ci, une sorte de ballottement, au double palper, tout cela pouvait, en effet, en imposer pour une grossesse de quelques mois; mais il n'y a ni souffle ni battements cardiaques à l'auscultation, les seins n'ont pas l'aréole colorée, et les tubercules de Montgommery ne sont pas turgescents; les règles persistent, et enfin un examen répété, attentif, semble faire reconnaître un utérus couché en avant et à droite d'une tumeur adhérente à lui mais indépendante.

Pour ces diverses raisons j'éliminai la grossesse, je portai le diagnostic de kyste de l'ovaire, et j'opérai. C'était un kyste dermoïde avec de nombreuses adhérences, ce qui rendit laborieuse l'extraction, qui pourtant fut menée à bien. Je dus drainer à la Mikulicz pour éviter un épanchement sanguin. La malade n'a présenté consécutivement aucun accident; elle est aujourd'hui guérie; elle va quitter mon service.

Le kyste m'a présenté, au point de vue de sa constitution et de

son contenu, les particularités habituelles; un liquide jaunâtre, une énorme masse sébacée englobant des paquets de longs cheveux *noirs* (la malade est *brune*; les poils étaient *blonds* chez ma dernière malade qui est *blonde*); des lamelles osseuses, dont une est ornée de deux dents semblables à deux petites molaires; dents inclinées comme c'est la règle. Tout cela est habituel; mais ce que j'ai observé d'exceptionnel et ce pourquoi je vous présente surtout cette pièce, c'est d'abord la présence dans l'épaisseur de la paroi du kyste d'un lipome pur, au milieu d'un tissu celluleux, analogue au tissu sous-cutané. C'est, ensuite, la présence, dans l'intérieur de la poche, d'une masse charnue, arrondie, régulière, du volume d'une grosse mandarine, reliée à la poche uniquement par deux petits tractus charnus. Cette masse, ronde, est recouverte de poils courts, implantés sur elle, très abondants, très serrés, comme ils le sont sur une tête, de sorte que cette masse charnue semble recouverte d'un véritable cuir chevelu. Même aspect, même consistance. J'ai sectionné cette boule; elle était creusée d'une cavité contenant un liquide absolument limpide que malheureusement je n'ai pas pris la précaution de recueillir. La paroi de cette cavité est lisse, d'aspect séreux; elle est, en un point, doublée d'une mince paroi osseuse à surface courbe dont la concavité est tournée vers la cavité intérieure. En un mot, il y a là comme une apparence de cavité cranienne, entourée d'une paroi partiellement charnue et partiellement osseuse et revêtue extérieurement par un véritable cuir chevelu. Ce n'est là, bien entendu, qu'une apparence, et je n'entends nullement y voir une véritable masse céphalique. C'est une curiosité anatomique intéressante, bien qu'elle ne nous serve pas beaucoup à élucider la nature encore obscure des kystes dermoïdes de l'ovaire, qui constituent, dans la vaste classe des kystes dermoïdes, une variété bien spéciale. Aussi convient-il, à mon sens, de faire connaître, avec détails, toutes les particularités de ces productions kystiques.

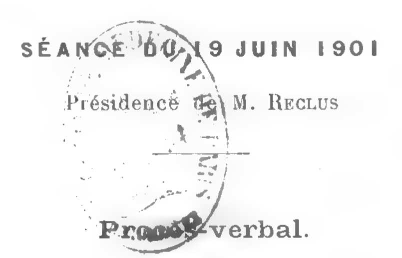
Le second ovaire de cette malade, le gauche, présentait un petit kyste, d'apparence purement séreuse. Je n'ai pas cru devoir, pour une aussi minime lésion, enlever ce second ovaire, chez une femme de vingt ans, mariée depuis moins d'un an.

Le Secrétaire annuel,
GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 19 JUIN 1901

Présidence de M. RECLUS



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. PICQUÉ, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et demande un congé d'un mois pour raison de santé.

A propos du procès-verbal.

Sur la réduction des fractures,

par M. TUFFIER.

En 1893 (1) je vous ai présenté un mémoire sur la suture des fractures du coude, et j'ai insisté sur la nécessité de suturer ou d'enlever les fragments qui faisaient saillie; que cette résection fût primitive, secondaire ou tardive, elle me paraissait supérieure dans ses résultats à l'expectation. L'an dernier (2) je vous ai montré l'imperfection de nos moyens de réduction des fractures dia-

(1) Traitement opératoire de certaines fractures récentes comminutives du coude par l'ouverture du foyer et l'enchevillement des fragments. Abrasion modelante du cal dans une fracture ancienne de la même origine (*Bull. et mém. de la Société de Chir.*, 10 mai 1893, p. 320).

(2) Etude clinique et radiographique sur la réduction des fractures. (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, 12 déc. 1899, p. 949.)

physaires et l'impossibilité de coapter les fractures épiphysaires. Ces mémoires n'ont guère retenu votre attention et vous les avez crus entachés d'exagération. J'ai fait ensuite une communication sur le même sujet au XIII[e] Congrès international de médecine (1), puis j'ai publié dans la *Presse médicale* (2) un travail sur la réduction des fractures à ciel ouvert, travail basé sur l'anatomie pathologique faite sur le vivant au moyen de la radiographie et sur les résultats cliniques et thérapeutiques.

Je viens aujourd'hui, à propos de la très intéressante communication de M. Delanglade et de celle de M. Mignon, poursuivre le cours de ces idées, que vous regardez comme subversives, et que je considère comme le développement logique et nécessaire, comme l'application la plus directe de nos perfectionnements dans la technique opératoire doublée d'une parfaite asepsie. Je me permets d'insister sur cette réduction des fractures parce qu'elle n'a pas, à mon sens, bénéficié de nos progrès chirurgicaux dans la même proportion que les lésions des autres appareils, et cependant la restauration *parfaite* d'un membre, chez un sujet jeune et sain, qui va recouvrer pour de longues années l'usage *intégral* de ses fonctions, me paraît autrement intéressante que le résultat obtenu par l'ablation d'un cancer voué à une récidive certaine. En pareille matière, la réduction d'une fracture ne doit pas être *un à peu près*, c'est une coaptation mathématique qu'il nous faut chercher.

Je considère que toute fracture diaphysaire avec déplacement doit être réduite complètement; la continuité des deux fragments doit être suffisante. Pour cela réduisez non pas en regardant la peau, mais en regardant les os sous les rayons X. Si la réduction n'est pas constatée *de visu* parfaite ou suffisante, le foyer de fracture doit être de suite ouvert, la continuité de l'os doit être rétablie, les fragments suturés, et le membre immobilisé dans une bonne attitude.

1° *Réduction parfaite de la fracture.* Cela est impossible à constater sans le secours de la radioscopie. Je vous l'ai dit, je vous l'ai montré; tout ce que j'ai constaté depuis n'a fait que me confirmer dans mon opinion. Sur les radiographies que je vais vous montrer et qui représentent une fracture de la partie moyenne des deux os de l'avant-bras et deux fractures de jambe, la réduction sous le chloroforme est tentée par un chirurgien distingué; l'extension, la contre-extension, la coaptation sont correctement

(1) Réduction des fractures et radiographie; influence des appareils sur cette réduction (*XIII[e] Cong. internat. de médecine*. Paris, 1900. Séance du 4 août, soir),

(2) Réduction des fractures à ciel ouvert (*la Presse médicale*, 24 oct. 1900, n° 88, p. 291).

et patiemment menées, et on me déclare la réduction complète. A la palpation de l'avant-bras ou de la jambe, elle semble, en effet, parfaite; mais les radioscopies nous montrent que les deux os chevauchent dangereusement, le fragment inférieur étant en plein espace interosseux. J'ouvre séance tenante le foyer de fracture, pendant que cette prétendue parfaite coaptation est maintenue, et je trouve les deux os chevauchant presque aussi complètement qu'avant la traction. Et comment pouvait-il en être autrement? Le foyer de fracture ouvert, je prie mon collègue et mes aides de faire toutes les manœuvres qui leur plaisent pour ramener bout à bout les deux fragments; mais cela est impossible, il y a des parties fibreuses et musculaires qui s'y opposent. Je dois saisir le fragment inférieur et faire, avec mon davier tracteur direct, un effort considérable pour lui faire doubler l'extrémité du fragment supérieur et le mettre au contact. Je les place non pas en simple contact, mais la *réduction est en jeu de patience*, je tiens à ce que les échancrures et les dentelures s'engrènent réciproquement et exactement, il n'est presque pas besoin alors de suture pour obtenir le maintien de la réduction. Je suture anatomiquement la plaie, et je mets un appareil plâtré. Le résultat est très bon comme vous allez le voir.

2° La réduction d'une fracture doit être faite autant que possible *sous la radioscopie;* je trouve que vraiment il est illogique et quelque peu contempteur de la science de négliger ce moyen de contrôle. Comment, vous avez la facilité inespérée de voir exactement ce que vous faites et vous ne voulez pas vous en servir! Vous avez pour but de mettre simplement deux os bout à bout, et au lieu de chercher à voir de vos yeux si les deux fragments sont bien réellement coaptés; vous regardez la peau ou les reliefs musculaires, vous interrogez les saillies voisines, vous repérez d'une façon pénible ou incertaine les points qui vous indiqueront si le membre est dans une bonne attitude, alors que vous êtes en possession d'un moyen de contrôle direct, alors que vous n'avez qu'à ouvrir les yeux et à regarder pour voir dans quelle position exacte sont vos fragments, pour voir ces fragments eux-mêmes! Bien plus, vous tirez sur les deux segments du membre atteint, vous tirez en aveugle, sans savoir si la force déployée est insuffisante ou exagérée; vous exercez des tractions sans savoir si elles sont efficaces, si même elles sont appliquées dans le bon sens, et si la forme même des extrémités fracturées ou une interposition musculaire nécessitent des manœuvres spéciales. Je prétends que cela était bon quand nous ne pouvions pas faire mieux, j'accorde que cela est encore parfait pour ceux qui ne peuvent agir autrement; mais nous devons tendre à une précision plus grande, et

puisque nous en avons le moyen, nous avons le devoir de nous rendre un compte exact de la valeur et de l'efficacité de notre intervention. Voici comment on peut, je crois, y arriver.

J'ai fait construire dans mon laboratoire de radiographie *une table* spéciale à volets sur laquelle le malade est placé, le foyer de la fracture est soumis aux rayons X, venus d'une ampoule placée au-dessous. Ces rayons tombent toujours normalement par rapport à la fracture par un mécanisme très simple. Je fais faire les manœuvres de réduction et *je suis sur l'écran l'évolution des fragments;* c'est là une méthode que je ne saurais trop recommander, car elle nous montre réellement quelles difficultés existent dans cette réduction, combien les tractions doivent être variées dans leur direction pour être efficaces, et souvent aussi à quelle impossibilité vous vous heurtez.

Sans doute on criera à la complication. On m'objectera que les fracturés marchaient bien avec cette réduction que je qualifie irrévérencieusement d'aveugle ou au moins de borgne.

En général, si vous avez un déplacement notable d'une fracture de jambe, il vous est matériellement impossible d'arriver à une réduction, même imparfaite, sans analgésie. Les tentatives de réduction donnent-elles un résultat satisfaisant, nous plaçons, séance tenante, l'appareil plâtré, et nous nous assurons par la radiographie qu'il n'est survenu aucun déplacement pendant son application. Si la réduction ne peut être obtenue je fais l'ouverture de la fracture et la réduction de vive force, au moyen de l'instrumentation que je vous ai présentée. Cette réduction, les fragments en main, est souvent très difficile à obtenir.

Je vous entends déjà vous récuser devant de pareilles complications : nécessité d'avoir un laboratoire ou un appareil portatif de radioscopie, nécessité d'une table un peu spéciale, difficultés de réaliser la vue exacte des fragments, ce qui rend votre méthode plus aveugle que la nôtre — qui en tout cas ne serait que borgne — ouvrir un foyer de fracture et de suture, et tout cela pour avoir des résultats qui ne vaudront pas mieux que ceux que les moyens habituels nous donnent. N'avons-nous pas vu des fracturés marcher remarquablement avec de gros cals ou des fragments mal coaptés, n'avez-vous pas dit vous-même que la réduction clinique des fragments suffisait, et croyez-vous que la coaptation en jeu de patience soit nécessaire ou même utile ?

Rassurez-vous, je me suis fait cette argumentation à moi-même et je dois dire qu'après mûr et scrupuleux examen elle ne m'a pas un instant convaincu. Nous avons entre les mains un instrument de précision, nous devons l'appliquer; la chirurgie est dotée de moyens d'asepsie qui rendent inoffensive l'incision d'un foyer de

fracture, il faut user de ces moyens. D'ailleurs, je suis prêt à discuter ces arguments.

*
* *

La réduction *parfaite* d'une fracture diaphysaire est-elle nécessaire ou avantageuse? Telle est la première question à se poser, et, si prudhommesque qu'elle paraisse, elle est loin d'être résolue de la même façon par l'ensemble des chirurgiens. Depuis que la radiographie m'a prouvé que la réduction des fractures, telle que nous la pratiquons, est presque toujours incomplète, nous vivons sous le régime thérapeutique qui veut que cette insuffisance soit négligeable, et j'ai moi-même établi pour cet état spécial l'expression de *réduction clinique*, par opposition à la réduction radiographique, *anatomique*, sinon mathématique, et je puis définir actuellement la réduction clinique : la coaptation suffisante pour obtenir un minimum de troubles fonctionnels. Mais à mesure que mon expérience s'accroît, je trouve à cette réduction clinique de graves inconvénients et, pour faire son procès, je diviserai classiquement mes griefs en : *accidents primitifs*, *consécutifs* et *tardifs*.

Du fait de la coaptation non exacte des fragments découlent des *accidents primitifs* qui sont la lenteur de la consolidation, les troubles vasculaires et nerveux, et ce sont là les moindres inconvénients de ce mode de réduction. Dans tous les foyers de fracture à grand déplacement que j'ai ouverts, j'ai toujours trouvé des interpositions musculaires et fibreuses. Le fameux pont périostique qui joint les surfaces fracturées n'a rien du providentiel qu'on lui a accordé ; je le crois au contraire plus nuisible qu'utile. Les débris musculaires déchirés, décollés, écrasés au niveau de leur insertion, sur le siège de la fracture, constituent autant de corps étrangers qui gênent la consolidation ; et surtout, le contact latéral des extrémités fracturées, contact qui ne se produit plus au niveau des surfaces cruentées, est une disposition défavorable. Les vaisseaux, et principalement les veines, les cordons nerveux du voisinage, ont, par suite de ce déplacement permanent, des changements de rapports anatomiques qui se traduisent par l'oblitération veineuse que les auteurs anciens, et surtout Gosselin, avaient parfaitement vue. Ils regardaient la phlébite, nous dirions l'obstruction veineuse, comme un facteur obligé, nécessaire des fractures. L'œdème du membre pendant les premiers jours, souvent pendant les premières semaines de la marche, n'a pas d'autre origine que cette oblitération veineuse. Les accidents nerveux primitifs, soubresauts dans le membre, douleurs irradiées, témoignent également d'un trouble dans l'équilibre anatomique du nerf. Quand ils succèdent immédiatement au trauma-

tisme, ces troubles peuvent être considérés comme la suite même du trauma, mais quand ils ne surviennent que plusieurs heures après, quand ils s'accentuent pendant plusieurs jours, surtout quand ils persistent, le déplacement des os et la tension des nerfs qui en est la conséquence sont les principaux agents de leur production.

Sous le titre d'*accidents consécutifs* j'envisagerai ceux qui se manifestent au sortir de l'appareil, lorsque la fracture est consolidée et je prendrai comme type une fracture oblique du tibia, puisque nous partons de ce principe qu'il ne s'agit ici que de fractures diaphysaires avec chevauchement notable et non réductible anatomiquement. Les troubles fonctionnels qui se manifestent tiennent en partie au défaut de coaptation. Les fragments non réduits jouent le rôle de corps étrangers inutiles et nuisibles, les muscles et les tendons qui sont à leur voisinage ont perdu leurs rapports et leur mode d'action physiologique, leur axe est dévié, ils ne peuvent se mouvoir dans la gangue péri-osseuse, les gaines tendineuses sont déchirées, cicatricielles, difficilement extensibles. La réparation de ces lésions est le triomphe des procédés de massage qui facilite cette adaptation nouvelle. Dans les articulations sus- et sous-jacentes, les changements de rapport des os entraînent une adaptation défectueuse des surfaces articulaires, et cette défectuosité doit être compensée. De là un entraînement nécessaire, qui consiste à fausser la mécanique articulaire sus- et sous-jacente et que nous appelons la correction de la déviation. Cette correction peut aller très loin, et nous avons tous vu des fractures de jambe vicieusement consolidées chez des malades qui marchaient très bien ; le bassin, la hanche et les articulations du pied sont complaisantes, et rétablissent l'équilibre. Mais comment et pour combien de temps, c'est ce qu'il faudrait étudier. Si on veut réfléchir un instant à ce que peut être mécaniquement cette compensation, si on a quelques notions anatomiques bien précises de la conformation des surfaces articulaires, on voit de suite que l'articulation compensatrice ne peut devenir telle qu'en perdant son attitude physiologique, qu'en faisant exercer des forces sur des ligaments et des surfaces cartilagineuses qui n'ont pas la structure ou la résistance nécessaires, qu'en empruntant même des surfaces dépourvues de cartilage pour en faire des surfaces de frottement et de pression qui devront passer de l'état osseux à l'état cartilagineux. Cette transformation anatomique n'a qu'un temps : tôt ou tard se développe dans ces articulations de complaisance de l'arthrite sèche, c'est-à-dire des troubles de nutrition qui sont précisément sous la dépendance de la déviation de leur fonction. et ce sont ces *troubles tardifs* qu'il me reste à étudier.

Ces troubles tardifs sont la conséquence des précédents, ce sont des œdèmes persistants, des varices, et des névrites avec atrophie du segment du membre atteint et souvent même du segment sus-jacent. Cette atrophie consécutive persiste et, plusieurs années après, elle peut s'étendre et remonter. Enfin ce sont les arthrites sèches, survenant plusieurs années après l'accident. J'ai vu toutes ces complications et plus j'examine de fractures incomplètement réduites, plus je suis convaincu de leur fréquence.

L'*incision d'un foyer de fracture fermée* est absolument inoffensive. Cette proposition ne me paraît pas douteuse dans l'état actuel de la chirurgie. Il faut cependant faire ici une réserve que la pratique commande; l'incision d'un foyer récent est inoffensive; mais il en est autrement d'un foyer déjà *ancien*, datant de huit à quinze jours. Nous savons tous que dans les fractures obliques du tibia, le sphacèle de la peau est fréquent au niveau de la face interne de la jambe; ce sphacèle se produit graduellement; il est dû à la distension de la peau par le fragment inférieur : c'est une gangrène limitée et secondaire. Si vous incisez à ce niveau, quelques jours après la production de la fracture, votre incision portera sur un foyer déjà septique, sans que rien puisse vous le faire soupçonner. La plaie, mal nourrie, est déjà envahie par les agents microbiens et vous vous exposez à voir éclater des accidents septiques après l'opération. J'ai vu le fait plusieurs fois : la peau *gangrenée* et non doublée des parties molles laisse à nu le foyer traumatique et vous courez alors des dangers qui au point de vue local ont une réelle importance. La possibilité de ces accidents n'est pas une des moindres raisons qui commandent l'intervention hâtive.

En dehors de ces circonstances spéciales, l'incision du foyer est inoffensive.

J'ai décrit ma *technique* et mon *instrumentation* pour les réductions de ces fractures; je ne veux revenir que sur quelques points qui me paraissent très importants et encore trop méconnus.

Dans les soins *préopératoires*, la nécessité d'une asepsie plus rigoureuse que partout ailleurs s'impose, et s'impose d'une façon impérieuse, et cette nécessité s'explique : lorsque nous opérons sur le péritoine ou sur des tissus sains, la présence des germes est vite compensée par l'intensité de la phagocytose; ici, au contraire, nous opérons sur un foyer dans lequel les tissus contus, le sang épanché sont des éléments passifs, des éléments morts, des *éléments sans défense*, qui ne demandent qu'à servir de bouillon de culture à tout agent infectieux qui y pullule à son aise. La moindre faute d'asepsie porte une sanction certaine, et la suppuration avec toutes ses fâcheuses conséquences en sera la suite obligée.

Pendant l'opération, les délabrements doivent être réduits au minimum; dans mes premières réductions sanglantes, je croyais la dénudation du périoste, la mise au grand jour de tous les fragments, absolument nécessaires. Je crois aujourd'hui qu'il faut être réservé à cet égard; le moins de dénudation, le moins de délabrements possibles, peu ou pas de dénudation du périoste, peu ou pas de mise à nu des gaines ou des tendons, et pour cela l'emploi d'une bonne technique et d'une instrumentation spéciale s'impose; j'extirpe les esquilles libres, je laisse et je suture celles qui sont adhérentes.

La *coaptation* est toujours difficile, mais je tiens à l'obtenir d'une façon parfaite; je cherche toujours l'engrènement des fragments en jeu de patience; c'est à cette seule condition que vous êtes certain d'avoir réduit d'une façon parfaite, d'avoir évité tout raccourcissement et toute rotation des fragments. Cette coaptation *obtenue*, il faut *la maintenir*; pendant toute la durée de l'opération, maintien *temporaire*, et, après l'opération, maintien *définitif*. La juxtaposition parfaite et indéfinie des fragments est l'idéal cherché; *pendant l'opération* elle est obtenue par le clavier fixateur, et, dès que la coaptation est une fois obtenue, les os sont fixés et bien fixés dans leur bonne attitude. L'immobilité absolue des fragments est indispensable; sinon, quand vous allez perforer ou lier les deux fragments, le moindre changement dans leur engrènement ne vous permettra plus d'obtenir avec la striction du fil la juxtaposition parfaite. Le maintien définitif a été cherché au moyen de corps étrangers divers, fils d'argent, cheville d'ivoire, clous, vis, attelle en aluminium, etc. Après avoir un peu tout essayé, j'en arrive à réduire au minimum tous ces corps étrangers. Moins on en laisse dans la plaie, mieux cela vaut, me disait Nélaton, et je partage pleinement son avis. Je me contente actuellement de faire dans les os des trous aussi petits que possible ; ils ont le volume d'une aiguille à coudre, et cela me suffit pour passer un ou plusieurs fils de bronze d'aluminium dont la ductilité, la souplesse et la ténacité sont bien supérieures à celles des fils d'argent. J'attache une importance à la ténuité du fil, qui est plus facilement toléré ; je considère également comme important le point où il sera tordu ; je place le nœud du côté le plus profond de la plaie, je l'enfouis, et je me garde de le mettre au contact d'une gaine ou d'un tendon. A la jambe, je l'éloigne de la face interne du tibia, trop voisine de la peau.

La suture est-elle suffisante pour assurer la bonne coaptation et la réduction parfaite d'une fracture? Absolument non, dans l'immense majorité des cas; il suffit, pour s'en rendre compte, de

réfléchir à ce qu'est une fracture d'une diaphyse suturée. Prenez par exemple une fracture du tiers inférieur de la jambe; la suture devrait faire équilibre au poids du pied et de la moitié de la jambe; mais cela est matériellement impossible. Songez que le bras de levier de la puissance résistante n'a pas un centimètre, alors que celui de la puissance en a quinze ou vingt. La suture rend au membre sa longueur, elle empêche la rotation, elle est impuissante à lui assurer *sa direction*. Pour cela il faut recourir à l'appareil plâtré ou à l'appareil d'Hennequin; c'est une condition indispensable, la prudence l'exige. De même que le massage sera nécessaire pour rendre au muscle et aux gaines leur souplesse, leur élasticité, leur mobilité; mais je crois qu'il doit n'être là qu'un adjuvant, et qu'il sera d'autant plus efficace que son action sera bien définie.

Telles sont, Messieurs, les considérations que je voulais soumettre à votre appréciation et qui font suite aux diveres communications que j'ai faites sur cette question.

M. Quénu. — Je ne partage pas les opinions très absolues, trop absolues à mon sens, de M. Tuffier sur l'impossibilité de réduire la plupart des fractures d'une façon satisfaisante. Mais je ne veux pas soulever une discussion sur le point principal et ne veux argumenter M. Tuffier que sur l'interprétation qu'il a donnée des arthrites sus- et sous-jacentes au foyer de fracture; il les considère comme liées à l'adaptation du membre aux nouvelles conditions résultant de la réduction imparfaite de la fracture, et il les qualifie d'arthrites sèches. S'il entend par là qu'une fracture réduite avec déviation des axes des fragments engendre une arthrite, je suis de son avis; mais dans les cas où, pour la jambe, par exemple, l'axe du pied et de la jambe se confondent, la réduction n'étant pas d'ailleurs parfaite, l'arthrite sèche, quand elle survient, n'est pas le résultat de cette incorrection, elle résulte de causes multiples. Je laisse de côté les cas où l'immobilisation prolongée et de mauvais soins consécutifs sont incriminables; il existe des cas où l'articulation fait partie pour ainsi dire du foyer de fracture lorsqu'une fissure se prolonge à distance vers l'article. Mais alors même qu'il n'y a pas de fêlure adarticulaire, la nutrition de l'articulation peut être intéressée par les lésions traumatiques infligées à l'os et au périoste, voire aux parties molles voisines de l'articulation, parce que la nutrition de l'articulation est subordonnée à l'intégrité de ces organes et de ces tissus. Mais, en outre, dans une fracture, il existe des lésions vasculaires et nerveuses bien connues; il existe, en particulier, une altération des veines conduisant facilement aux thromboses et aux varices; de là, un état dystrophique du membre

engendrant aisément une dystrophie de l'articulation voisine, c'est-à-dire l'arthrite sèche; cette arthrite est donc dans une certaine mesure indépendante de la réduction de la fracture.

M. Tuffier. — Les faits seuls auront le droit de dire si mes opinions sont trop absolues. Je partage l'opinion de M. Quénu sur le rôle que jouent les lésions nerveuses dans le développement des arthrites consécutives aux fractures, mais je maintiens pour certaines d'entre elles la pathogénie que j'ai indiquée. Quant aux lésions adarticulaires, je n'ai pas à m'en occuper ici, ne parlant que des fractures des diaphyses.

Rapports.

Kyste hydatique de la région massétérine gauche, traité et guéri par le procédé de M. Delbet, par M. Juvarra (de Bucarest).

Rapport par M. PIERRE DELBET.

M. Juvarra, dans son mémoire, pose d'abord en principe et avec raison, je crois, que la suture sans drainage que j'ai conseillée pour les kystes hydatiques de l'abdomen « peut être érigée en méthode générale » et employée contre tous les kystes hydatiques non suppurés, quel que soit leur siège. A l'appui de son dire, il rapporte l'observation d'une jeune fille de vingt ans qui avait la joue gauche déformée par une tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur, ronde, fluctuante, occupant la région du masséter, était immobilisée par la contraction de ce muscle.

Sous l'anesthésie cocaïnique locale, M. Juvarra découvrit le kyste par une incision transversale, l'ouvrit d'un coup de bistouri et enleva d'une seule pièce la membrane germinative qui n'était nullement adhérente. Puis, ayant constaté que la membrane adventice enfouie dans l'épaisseur du masséter n'en pouvait être que très difficilement séparée, il la ferma avec un catgut et sutura la peau sans drainer.

Quelques mois après, il ne restait aucune déformation, et c'est à peine si l'on pouvait distinguer une ligne blanchâtre.

Je note, Messieurs, cette disparition complète de la difformité. Elle prouve que la membrane adventice s'est résorbée, c'est-à-dire que les choses se passent dans les muscles comme dans l'abdomen. J'ai insisté à diverses reprises sur la rapidité de cette résorption dans les kystes hydatiques abdominaux. Lorsque sa raison d'être, c'est-à-dire le kyste avec sa membrane germinative est enlevée, la membrane adventice fond. C'est même là une des raisons qui

m'ont conduit à pratiquer et à préconiser la suture sans drainage.

M. Juvarra conclut en disant : « La méthode de M. Delbet s'est montrée supérieure, car elle a évité une opération plus longue et toujours délicate telle qu'est une dissection dans une région aussi complexe que la massétérine. »

Je ne puis que m'associer à cette conclusion, et je ferai remarquer, en outre, que le drainage aurait certainement laissé une cicatrice plus apparente.

Sur un nouveau procédé de cure radicale du prolapsus complet du rectum, par M. Juvarra (de Bucarest).

Rapport par M. PIERRE DELBET.

M. Juvarra (de Bucarest) nous a envoyé un mémoire intitulé : « Sur un nouveau procédé de cure radicale du prolapsus complet du rectum. »

Ce mémoire est intéressant, d'autant plus qu'il contient deux observations couronnées d'un beau succès. Mais j'ai le regret de constater que tout n'est pas neuf dans ce nouveau procédé.

Il comprend divers temps, dont le principal est la résection de la muqueuse, que Juvarra pratique exactement comme M. Delorme. Je ne crois donc pas qu'il soit utile de vous décrire ce temps, car vous avez encore présente à l'esprit la communication que M. Delorme nous a faite le 9 mai 1900. Nous allons voir que ce point n'est pas le seul sur lequel M. Delorme et M. Juvarra se soient rencontrés.

En effet, le second temps que pratique M. Juvarra est le plissement transversal de la tunique musculaire de la portion prolabée du rectum et sa transformation en un anneau épais qui est réduit et fixé dans l'épaisseur du périnée au-dessus du sphincter externe. Voici comment il procède :

« Le champ opératoire a la forme d'un cône épais, formé de faisceaux musculaires circulaires, du sommet duquel pend sous la forme d'une longue manchette la muqueuse déjà disséquée. A la base du cone musculaire, on commence par placer une série de fils en catgut d'épaisseur moyenne. Chaque fil, passé avec une aiguille courbe, traverse d'abord la couche musculaire sur une largeur d'un centimètre, sort sur un trajet de trois à quatre millimètres pour y pénétrer de nouveau et ressortir à un centimètre plus haut. On place ainsi une couronne de fils distants d'un centimètre et demi à deux centimètres. Ces fils serrés et noués ramassent les faisceaux en plissant transversalement la tunique musculaire et la raccourcissent d'autant. Au-dessus de cette première

rangée on en place une seconde qui amasse de nouveaux faisceaux et plisse une nouvelle portion de la tunique. Les fils de la seconde rangée alternent régulièrement avec ceux de la première. Pardessus ces deux premières rangées, on en place une nouvelle plus superficielle, qui unit l'une à l'autre les plicatures déterminées par les deux premières séries de fils. On place ainsi un grand nombre de fils, dans le but de plicaturer la tunique musculaire, d'amasser et de consolider ses divers faisceaux en un anneau compact. Cet anneau est repoussé du bout des doigts dans l'épaisseur du périnée au-dessus du sphincter, où il est fixé par une nouvelle série de fils qui passent d'un côté dans son épaisseur, de l'autre dans le sphincter et les tissus péri-sphinctériens. »

Sur ce second temps encore, M. Delorme et M. Juvarra se sont rencontrés. Ce que M. Delorme a appelé *suture de soutien musculo-musculaire* est l'équivalent du second temps de M. Juvarra; il le fait moins complet puisqu'il place seulement quatre fils aux quatre points cardinaux, mais, si je ne me trompe, le but et le principe sont les mêmes.

Sur le premier point, résection de la muqueuse, M. Delorme a la priorité. Sa première opération est du 19 octobre 1898; celle de M. Juvarra, de septembre 1899.

La priorité appartient incontestablement à M. Delorme, mais la bonne foi de M. Juvarra, lorsqu'il qualifie son opération de nouvelle, ne saurait être soupçonnée, car si M. Delorme nous a présenté son premier opéré le 14 février 1899, il n'a décrit sa manière de procéder qu'au mois de mai 1900. Le bulletin de la séance du 9 mai, dans lequel est insérée sa technique, a paru le 15 mai, et l'envoi de M. Juvarra est timbré à Bucarest du 16 mai.

D'ailleurs, ces deux rivaux courtois semblent avoir fait échange de procédés délicats, car la priorité qui appartient à M. Delorme pour le premier temps revient à M. Juvarra pour le second. Celui-ci a exécuté la plicature de la musculeuse dès sa première opération, c'est-à-dire en septembre 1899, tandis que M. Delorme ne l'a pratiquée que dans sa quatrième opération, c'est-à-dire le 29 juillet 1900.

Vous m'excuserez, Messieurs, d'avoir insisté avec cette minutie sur les dates. Avant que la valeur de cette méthode soit bien établie, il m'a paru bon de fixer exactement ce qui revient à chacun de ces deux auteurs. Ce qui me frappe surtout, c'est que deux chirurgiens évoluant loin l'un de l'autre, à l'insu l'un de l'autre, arrivent, en partant de la même idée, au même résultat. Cette communion prouve au moins qu'une grande rigueur logique a présidé à leurs tentatives.

Au second temps que j'ai décrit, M. Juvarra ajoute un troisième

temps qui consiste à rétrécir l'orifice anal en passant deux ou trois fils en U transversalement et profondément. C'est une anorraphie sans perte de substance. Il n'y a là rien de nouveau.

Enfin il termine en suturant la muqueuse à la peau comme dans l'opération de Whitehead.

Telle est l'opération que M. Juvarra a pratiquée deux fois avec deux succès complets. Il a suivi son premier malade et constaté la permanence du résultat; le second a été perdu de vue.

Il est bien difficile d'apprécier actuellement la valeur de cette opération. A ma connaissance, elle a été pratiquée sept fois, quatre fois par M. Delorme, deux fois par M. Juvarra, une fois par M. Poirier. A la vérité, la plicature de la musculeuse, qui appartient à M. Juvarra, n'a été faite que trois fois, dans les deux cas de Juvarra et dans le dernier de M. Delorme. Cette plicature me paraît jouer un rôle considérable et je crois qu'il vaut mieux l'assurer par des fils bien placés, mais il est clair qu'elle se produit forcément par le seul fait de la résection de la muqueuse. En tout cas, elle n'a d'importance qu'au point de vue des résultats éloignés; elle ne saurait en avoir quant à la gravité, et c'est celle-ci qu'il faut apprécier d'abord.

Or, sur les sept malades opérés, deux sont morts. Je reconnais volontiers qu'en réséquant 80 centimètres de muqueuse chez le malade qu'il a perdu, M. Delorme s'était peut-être laissé entraîner par son ardeur paternelle au delà des indications qu'a la méthode, si elle en a. Je reconnais que le malade de M. Poirier était dans une situation peu brillante; j'admets même volontiers que les adénites iliaques qui ont entraîné sa mort avaient été engendrées par les ulcérations rectales et que l'opération n'a fait que leur donner un coup de fouet. Pour toutes ces raisons, je veux bien ne pas attacher trop d'importance à ces deux morts; cependant il est difficile de n'en pas être, dans une certaine mesure, impressionné.

En tout cas, il est un renseignement fourni par les deux autopsies qui me frappe singulièrement. Les deux malades sont morts d'infection; celui de M. Delorme a succombé à une péritonite, celui de M. Poirier à un adéno-phlegmon iliaque. Chez les deux, c'est là le point important, les sutures avaient lâché et la muqueuse était remontée, chez l'un à 6 centimètres, chez l'autre à 10 centimètres de l'anus. Entre parenthèses, demandons-nous ce qui serait arrivé s'ils avaient survécu. Songez à l'effroyable rétrécissement, à l'atrésie même de plusieurs centimètres de long qui se seraient produits.

M. Delorme nous dira sans doute que c'est l'infection qui a empêché les sutures de tenir et qu'on ne peut arguer d'accidents infectieux évitables pour combattre une méthode opératoire. Je

pourrais répondre qu'il faut tenir compte des chances d'infection, qui, là, sont certainement considérables, mais il n'est pas démontré que l'infection soit seule coupable de l'ascension de la muqueuse, ni que les conditions mécaniques n'ont pas joué un rôle prépondérant.

Ecoutez ce que dit M. Delorme pour expliquer le mode d'action de son procédé. « Après le sacrifice d'un grand manchon de la muqueuse, celle qui reste est plus ou moins tendue; elle forme une sorte de sangle élastique susceptible de résister aux pressions abdominales qui se répercutent sur l'anus, que ces pressions viennent de l'hédrocèle ou se transmettent directement à l'intestin. »

Voilà ce qui me paraît être le vice et le danger de cette opération. Elle escompte la résistance d'une muqueuse qui n'est pas résistante. Dans l'opération de Whitehead nous prenons grand soin qu'il n'y ait aucune traction au niveau de la ligne de suture, que la muqueuse ne soit pas tendue. Ici, il faut qu'elle le soit, puisque l'on compte sur elle comme agent de contention. En admettant que l'on y prenne garde et que la tension soit faible au moment où l'on exécute la suture, elle va devenir considérable, énorme même, en raison du prolapsus qui n'est pas encore guéri, au premier effort de vomissement ou de miction. Et nous savons bien que la muqueuse rectale n'est pas assez résistante pour lutter, elle se coupera sur les fils. Je le répète, l'ascension de la muqueuse, voilà le danger, danger terrible, car s'il ne se fait pas d'infection mortelle, il se produira infailliblement un rétrécissement ou même une atrésie effroyables.

Dans tous les cas où les malades ont survécu, le résultat a été bon, durablement bon. Si l'on ne peut attacher grande importance à la sangle constituée par la muqueuse, il faut que l'opération ait d'autres qualités, un autre mode d'action.

M. Delorme suppose qu'il se produit des adhérences entre le cylindre engainé et le cylindre engainant. Ces adhérences ne peuvent se produire que dans les invaginations procidentes et à condition que la réduction ne soit pas complète, c'est-à-dire qu'il reste dans le rectum un certain degré d'invagination.

Bien plus important me paraît être le tassement des fibres musculaires du prolapsus. M. Delorme signale ce mode d'action. M. Juvarra y insiste dès le début de son mémoire. « Ce procédé, dit-il, crée de l'étoffe même de la portion prolabée de l'intestin un canal anal, c'est-à-dire une filière étroite et longue, qui embrasse l'extrémité inférieure de l'intestin et s'oppose d'une manière efficace à sa chute. » Je crois que c'est à cela que M. Delorme et M. Juvarra ont dû leurs succès. Tous deux ont constaté, en faisant le toucher rectal chez les malades, qu'ils ont pu suivre l'existence

de cette filière. « Le doigt introduit dans l'anus, dit M. Juvarra, en parlant de son premier malade, suit, sur une hauteur de quatre centimètres, un canal étroit, limité par une paroi épaisse et résistante, doublée d'une muqueuse tendue. En haut, cette nouvelle filière anale est limitée par un bord épais. »

Il est clair que la facilité avec laquelle un tube quelconque peut s'invaginer est en raison directe de son calibre et en raison inverse de l'épaisseur de sa paroi. La diminution du calibre et l'épaississement de la paroi que M. Juvarra porte à leur maximum par ses plicatures multiples, doivent opposer un obstacle efficace à tout nouveau déplacement.

S'il est vrai, comme je le crois, que c'est par là qu'on doit expliquer les succès d'ailleurs bien constatés de la méthode, on est conduit à se demander si l'on ne peut pas arriver au même résultat d'une manière plus simple et moins dangereuse.

Or, Messieurs, vous savez que Lange en 1887 a proposé la *rectorraphie transversale*, qui consiste à plisser le rectum longitudinalement, et arrive ainsi, non seulement à diminuer le calibre de l'intestin, mais encore à former une sorte de colonne d'appui qui l'empêche de se retourner.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler que notre collègue Gérard Marchant, dans son excellent procédé de *recto-coccypexie*, commence par une rectorraphie verticale qui a exactement le même résultat que l'opération de MM. Delorme et Juvarra, car s'il est vrai que dans la recto-coccypexie on ne peut agir que sur les deux tiers postérieurs du rectum, il ne me semble pas douteux que le tiers antérieur est entraîné et se plisse comme les deux autres.

Cette méthode, qui permet d'agir en dehors du rectum, c'est-à-dire dans un milieu qu'on tient plus facilement aseptique, me paraît pour cette raison moins dangereuse.

Objectera-t-on qu'après l'opération de M. Gérard Marchant la muqueuse reste exubérante? J'ai déjà dit pourquoi il me paraissait impossible d'accorder la moindre importance à son rôle contenteur après la résection. Et d'ailleurs, les faits sont là, déjà nombreux, qui prouvent que l'exubérance de la muqueuse n'a aucun inconvénient. En effet, les résultats éloignés de la recto-coccypexie sont excellents. Il me semble du reste que les avantages que peut avoir la résection de la muqueuse, si elle en a, dans l'opération de MM. Delorme et Juvarra, sont compensés et bien au delà par la coccypexie de M. Gérard Marchant, car cette *pexie* a non seulement pour résultat de fixer le rectum, mais encore de le mettre comme il est à l'état normal dans un axe différent de celui de l'anus. C'est là une condition excellente et qui joue, je crois, un grand rôle pour empêcher les récidives.

Que conclure de tout cela? C'est fort embarassant.

Eliminons d'abord les prolapsus de la muqueuse, et les invaginations procidentes dont le collier est situé à cinq ou six centimètres de l'anus. Ces deux formes me paraissent tout à fait en dehors de la question.

Restent les prolapsus vrais du rectum. C'est à eux que s'adressent les opérations dont il s'agit.

La recto-coccypexie de M. Gérard-Marchant me paraît moins grave, tout en étant aussi efficace que l'opération de MM. Delorme et Juvarra. Elle est moins grave, parce qu'elle se fait dans un milieu moins suspect; elle est aussi efficace parce qu'elle réalise l'acte qui me paraît être le plus utile de l'autre opération, je veux dire la plicature de la musculeuse, à laquelle elle ajoute encore une précieuse pexie.

Peut-être devrons-nous retenir de la communication de M. Juvarra qu'il faudra donner plus de soin, dans la recto-coccypexie, à la rectorraphie, c'est-à-dire à la plicature de la musculeuse.

Non seulement la recto-coccypexie me paraît tout aussi efficace et plus bénigne, mais je vois encore ceci en sa faveur, c'est qu'elle n'expose à aucun danger spécial. Si le malade guérit de l'opération, et c'est la règle, car je ne sache pas qu'on ait publié jusqu'ici de cas de mort, le pis qui puisse arriver, c'est que le prolapsus récidive.

Au contraire, l'opération de MM. Delorme et Juvarra expose à un danger spécial et terrible, c'est l'ascension de la muqueuse, qui peut être très considérable. Supposez que dans le cas de M. Delorme et dans celui de M. Poirier le dénouement ait été moins tragique, supposez que les malades aient survécu, et songez aux effroyables rétrécissements qui n'auraient pas manqué de se produire, la muqueuse étant remontée dans un cas à six centimètres et dans l'autre à dix centimètres de l'anus.

Pour toutes ces raisons, il me semble que l'opération de M. Gérard Marchant est préférable. J'ai coutume d'y joindre une ano-périnéorraphie postérieure qui se fait d'une manière très simple par la même incision.

S'il ne me paraît pas qu'actuellement la résection de la muqueuse doive être considérée comme la méthode de choix dans le prolapsus du rectum, on peut se demander si elle a des indications spéciales. *A priori*, elle me semblait légitime dans les cas où il existe de vastes ulcérations. Mais M. Delorme, en analysant les cas de M. Poirier, dans la séance du 11 juillet 1900, nous a dit : « Tout ce qu'il semble légitime de tirer comme conclusion de cette observation, c'est que, jusqu'à nouvel ordre, l'opération est contre-indiquée sur les sujets infectés présentant des ulcérations

de la muqueuse très profondes et très étendues. » Je ne peux pas être plus royaliste que le roi, plus paternel que M. Delorme pour sa propre opération.

Messieurs, bien que je n'admette pas que la méthode qui fait l'objet de la communication de M. Juvarra doive être préférée à celles que nous possédons, il ne s'ensuit pas que son travail soit sans intérêt. On peut, je vous l'ai déjà dit, en tirer un enseignement, c'est que la plicature du rectum devra être exécutée plus complètement que n'avaient coutume de le faire les partisans de la recto-coccypexie. Si vous voulez bien songer en outre qu'il a guéri ses deux malades, j'espère que vous trouverez avec moi qu'il mérite les remerciements que je vous propose de lui adresser au nom de la Société.

M. Quénu. — J'ai fait présenter à la Société de Chirurgie il y a trois ou quatre ans un malade opéré un an auparavant d'un prolapsus rectal important pas la recto-coccypexie de mon ami Gérard Marchant, complétée par une fixation latérale du rectum aux ligaments sacro-sciatiques. Comme le disait M. Delbet, la fixation de M. Gérard Marchant ne porte que sur le tiers postérieur; j'ai eu l'idée, frappé par le rôle important du releveur de l'anus dans la suspension du rectum et par l'atrophie que présente ce muscle dans les cas de prolapsus anciens, d'ajouter une fixation de la paroi latérale du rectum au bord inférieur du ligament sacro-sciatique, ce qui est facile et ne nécessite pas de grands dégâts. Mon opéré a été revu en excellent état deux ans après l'intervention.

M. Tuffier. — J'ai opéré l'année dernière, à Lariboisière, un malade, par le procédé de Delorme, et j'ai obtenu un résultat excellent. Le malade a été suivi pendant six mois, j'aurai et je vous donnerai son état actuel.

Communications.

Deux cas de botryomycose observés à Alger (1),

par le Dr J. Brault, membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Le soin avec lequel on traite de plus en plus les plaies, rend à mesure plus rares les manifestations botryomycosiques, qui sont

(1) Travail lu par le secrétaire général.

déjà une exception chez l'homme; ces bourgeons mûriformes se rencontraient un peu plus souvent autrefois.

Mais si la chose est exceptionnellement rare dans les milieux aisés et dans les services bien tenus des hôpitaux, dans certains milieux arriérés et pauvres on la rencontre encore de temps à autre.

C'est ainsi que par un bizarre concours de circonstances j'en ai pu recueillir deux cas, que j'ai observés, à quelques jours d'intervalle, dans le quartier dit de « la Marine », à Alger (1).

Dans ce quartier populeux et malsain grouille une population ignorante et cosmopolite de pêcheurs et de miséreux. Au point de vue de la thérapeutique médicale et chirurgicale on y trouve encore les préjugés les plus étranges.

C'est là que j'ai rencontré deux femmes italiennes, atteintes toutes les deux de champignons botryomycosiques.

Obs. I. — Mme M..., femme d'une trentaine d'années, brune, vigoureuse, exerce la profession de blanchisseuse; elle s'est piquée, il y a environ deux mois, à l'index droit. Depuis est survenu un panaris superficiel, un « mal blanc » suivant son expression même. Un peu plus tard, au bord interne de cet index droit est poussée une petite tumeur assez sensible, saignant au moindre contact. A diverses reprises, elle a été obligée d'interrompre son travail; les hémorragies, sans être très abondantes, ont été souvent prolongées et l'ont inquiétée. Elle a fait « brûler » plusieurs fois la tumeur par un pharmacien, mais la récidive a eu lieu.

Au moment où elle se montre à moi, le 10 avril de cette année, elle porte au bord interne de l'index droit, à la hauteur de la partie moyenne de la phalangette, une tumeur de la grosseur d'un pois. La tumeur rougeâtre, élastique, rénittente, présente à son centre un petit caillot; elle est plutôt sessile; à son pourtour l'épiderme éclaté forme collerette. Aucun renseignement ne permet de penser que la malade ait donné des soins à des équidés.

J'enlève la tumeur d'un coup de ciseaux, l'hémorragie est assez intense; je cautérise l'implantation du petit néoplasme et je fais un pansement compressif. La malade a été revue quelques jours plus tard, la récidive n'avait pas eu lieu. J'ai demandé depuis de ses nouvelles, la guérison s'est maintenue.

Examen histologique. — La tumeur, fixée par le sublimé, a été traitée par la méthode de Borrel, puis a été incluse dans la paraffine. Les coupes telles que celle que je présente ont été colorées par le Gram-Nicolle. On peut y reconnaître la structure du petit néoplasme, très ana-

(1) Ici, bien que cherchant avec soin les cas de cette nature, c'est la première fois que je me trouve en face de l'affection; je ne connais d'ailleurs pas d'autres observations produites en Algérie, du moins avec examen histologique et bactériologique à l'appui.

logue à celle des bourgeons charnus (1). Il s'agit d'un tissu granuleux, à stroma fibreux très développé; la tumeur est parcourue par de nombreux vaisseaux embryonnaires; à la périphérie surtout, on observe l'élément capital : des masses mûriformes de dimensions très variées; examinées à un fort grossissement, avec l'objectif à immersion; ces touffes semblent comme duveteuses à leur surface, elles restent fortement colorées par le Gram.

Examen bactériologique. — Les cultures pratiquées après cautérisation, avec prises faites au centre même du néoplasme, *sont restées toutes très pures; elles sont très semblables à celles que l'on obtient purement et simplement avec le microbe le plus vulgaire : le staphylocoque.*

En bouillon de bœuf peptoné, j'ai tout d'abord observé un certain trouble, puis un dépôt s'est fait au fond du tube, sans toutefois que le liquide se clarifie d'une façon absolue.

Sur pomme de terre, à l'étuve à 37 degrés, j'ai obtenu des cultures jaune orangé qui ont pâli à la longue.

Une seule fois la liquéfaction en forme de tulipe s'est produite sur gélatine. Cette dernière s'est toujours liquéfiée lentement, sans odeur par trop désagréable; à sa surface, de temps à autre, j'ai pu remarquer une légère pellicule grisâtre.

Sur gélose, j'ai constamment obtenu une traînée épaisse « tænioïde » irrégulière et festonnée sur ses bords. Je me suis particulièrement attaché à rechercher le caractère de différenciation donné par Poncet et Dor. Je dois à la vérité de dire que, si mes cultures laissées à la température du laboratoire (une moyenne de 20 degrés centigrades), ont été légèrement plus jaunes que celles qui demeuraient dans l'étuve à 37 degrés, ce caractère a été des moins accentués; j'ai cependant varié les conditions d'expérience (2); dans aucun cas le phénomène ne m'a paru bien éclatant (3).

L'examen microscopique montre, comme l'on peut s'en rendre compte sur la préparation ci-jointe colorée au violet gentiane, montre, dis-je, des cocci, soit isolés, soit encore réunis deux à deux ou en grappes.

Ces cocci, traités par la méthode de Gram, restent parfaitement colorés.

J'envoie à l'appui de mon observation des cultures sur gélose.

Obs. II. — Quelques semaines plus tard, le 12 mai 1901, j'avais l'occasion d'examiner un nouveau cas. Il s'agit d'une femme maltaise âgée de soixante-deux ans, n'exerçant plus aucun métier; la malade n'a pas eu de contact direct avec des équidés. Elle raconte qu'elle s'est blessée, il y a environ trois semaines, avec une écharde de roseau, et qu'il lui est survenu « un mal blanc » à l'extrémité du doigt piqué, le pouce de la

(1) Toutefois, la tumeur, au point de vue macroscopique, présente une dureté qui tranche avec la friabilité habituelle des bourgeons charnus.

(2) Des cultures poussées à l'étuve ont été ensuite mises à la température du laboratoire et réciproquement.

(3) C'est à peine si la coloration a été un peu plus marquée au centre de la traînée tænioïde, le long d'une sorte de crête qui en marquait le milieu.

main gauche. Quelques jours plus tard, en cette même place, apparaissait la tumeur sur laquelle elle désire attirer notre attention.

Cette tumeur arrondie, de la grosseur d'une aveline, est un peu pédiculée, surtout en haut, la chose est moins nette à sa face inférieure; l'épiderme forme collerette au pourtour; un peu plus bas, on remarque une saillie en forme de plateau; au centre du néoplasme, un petit pertuis donne un peu de pus bien lié.

Ablation séance tenante, à l'aide d'une pince et d'un bistouri; sérieuse hémorragie en nappe; cautérisation de la surface d'implantation à la teinture d'iode, pansement épais, compressif, main mise en position élevée dans une écharpe.

La tumeur, assez dure, rougeâtre (1), est portée immédiatement à notre laboratoire. Elle est élastique, arrondie; nous la cautérisons dans une place et nous y enfonçons une aiguille en platine qui nous permet de faire nos cultures.

Une ou deux préparations sont faites avec le raclage de la tumeur; on n'y rencontre d'ailleurs que des « microcoques » tantôt isolés, tantôt plus ou moins agminés.

La pièce est ensuite fixée par le Flemming; c'est à ce moment qu'elle a été photographiée, elle est déjà un peu revenue sur elle-même.

Examen histologique et bactériologique. — Au point de vue de la structure, la tumeur recueillie dans cette deuxième observation est très sensiblement analogue à celle que nous avons décrite dans notre premier cas. Nous devons toutefois faire remarquer que, plus jeune, elle contient beaucoup moins de corps mûriformes. On peut en juger sur la préparation que nous annexons à notre observation (2).

Cultures (3). *Gélatine.* — Liquéfaction lente, petits grains isolés en boule, le long du trait de piqûre, pellicule à la surface, liquéfaction un peu en forme de calice, mais sans que ce caractère soit d'une netteté parfaite.

Bouillon. — Trouble d'abord, s'éclaircit au bout de quelques jours, dépôt au fond du tube.

Gélose. — Cultures à la température du laboratoire (20 degrés), poussant très lentement. A l'étuve, culture rapide et étendue.

Pas de changement appréciable quand on inverse le milieu thermique.

Pomme de terre. — Belles cultures, arrondies, jaunes, rappelant par leur couleur celle de la sarcine *orange*; *pas d'odeur spéciale.*

Je joins à l'observation des cultures sur gélose, ainsi que des préparations microscopiques montrant le microcoque coloré par le violet de gentiane.

La malade, revue plusieurs *semaines après*, n'a pas eu de récidive.

(1) Volume à part, elle présente les mêmes caractères que la tumeur rencontrée dans la première observation.

(2) En dehors de ces corps mûriformes, on voit également par endroits, mais rarement, des cocci plus ou moins dissociés.

(3) Comme dans le premier cas, les cultures, absolument identiques, sont très pures.

Dans ces deux observations, on ne peut retrouver de rapport direct avec des équidés ; toutefois, le linge lavé par notre première malade, de même que le roseau qui a piqué notre deuxième observée, peuvent fort bien avoir été souillés par des produits venant d'animaux de cette espèce. D'ailleurs, en dehors des équidés, il est peut-être dans la nature d'autres milieux capables d'entretenir le botryocoque, *en admettant la spécificité de ce dernier.*

A propos de ces deux cas, nous n'avons pas de remarque importante à faire au point de vue histologique. Au sujet des cultures, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer l'analogie frappante du microorganisme rencontré avec le staphylocoque.

En outre, nous dirons que nous n'avons pas rencontré d'une façon nettement appréciable le signe donné par Poncet et Dor, à savoir : la coloration jaune beaucoup plus accentuée des cultures poussées ou entretenues à la température de 18 à 20 degrés.

L'odeur de fraise des cultures sur pomme de terre, signalée par les mêmes auteurs, n'a pas été retrouvée dans nos deux cas. Enfin la liquéfaction en forme de tulipe ne s'est produite d'une façon nette qu'une seule fois (Observation I).

Je ne puis qu'exprimer mon regret d'avoir des moyens d'expérience trop limités, ne permettant pas de faire des inoculations sur des équidés. J'ai commencé quelques expériences sur des petits animaux de laboratoire, mais, comme tous ceux qui se sont occupés de la question, je n'ai, du moins quant à présent, rien obtenu de caractéristique (1).

Sur le tétanos.

par M. ROCHARD.

M. Rochard. — J'avais demandé la parole dans l'avant-dernière séance pour faire quelques réflexions sur l'intéressante communication de M. Reynier. Tout d'abord, comme beaucoup de mes collègues, j'ai été témoin d'un fait de contagion de tétanos. C'est à Lariboisière, quand j'avais l'honneur d'être assistant de M. Périer.

(1) En face de cette absence de rétro-inoculation sur l'âne ou le cheval, on pourra penser que je ne me suis peut-être pas trouvé en face de botryomycose vraie; mais alors, il faudrait admettre que le staphylocoque peut faire chez l'homme des tumeurs en tout point comparables à celles qui ont été décrites par les auteurs comme appartenant au botryocoque. — Je puis ajouter que jusqu'ici les inoculations faites soit dans les mamelles, soit dans les testicules de petits animaux, n'ont amené aucune suppuration appréciable.

Il entra un malade atteint de tétanos, qui, malgré le traitement par le sérum antitétanique, par le chloral, etc... mourut en peu de jours. Un opéré de cure radicale fut pris des mêmes accidents, et mourut aussi. Entre temps des injections avaient été pratiquées à tous les malades atteints de plaies, et des inoculations préventives avaient été faites à tous les opérés. Ces précautions suffirent pour faire disparaître le tétanos du service.

C'est, du reste, là le cas banal de tétanos importé du dehors dans une salle. Chez M. Reynier, les choses se sont passées tout autrement; le tétanos a pris naissance dans son service et sur un malade opéré de cure radicale. M. Reynier a incriminé le catgut, je ne crois pas que ce soit lui le coupable. Il est préparé au dehors, loin de tout malade, par un pharmacien qui doit prendre les précautions nécessaires; et si par malheur, dans sa préparation, le bacille de Nicolaier avait pu infecter les flacons, il est probable que comme on en prépare d'assez grandes quantités à la fois, le tétanos se fût montré chez plus de trois malades.

J'estime plutôt qu'il faut chercher dans l'hôpital lui-même la cause d'une infection née dans une salle de cet hôpital et je me permettrai de rappeler à M. Reynier que l'an dernier, à pareille époque, il nous a communiqué l'observation d'un malade ayant succombé à des accidents postopératoires qui ressemblaient bien à des complications tétaniques. C'était le trismus qui avait ouvert la scène; puis on avait constaté de la raideur de la nuque, des contractures et d'autres symptômes cadrant avec ceux du tétanos. Je sais bien que l'examen bactériologique n'avait pas été affirmatif, qu'on n'avait pas pu trouver le bacille de Nicolaier; mais M. Reynier, après l'énoncé de cet examen bactériologique, terminait en se demandant encore s'il s'était trouvé devant un cas de tétanos, de méningite cérébro-spinale ou d'accidents nerveux survenus chez une personne hystérique.

Les trois cas de tétanos survenant sept mois après dans le même service pourraient peut-être jeter un peu de jour sur ce fait curieux et je le signale à M. Reynier dans le cas où il n'aurait pas fait lui-même ce rapprochement.

Mais ce qui m'a beaucoup plus troublé dans la communication de M. Reynier, c'est la faillite du sérum antitétanique injecté préventivement avant une opération. Cet insuccès m'a beaucoup ennuyé, car, d'après ce que j'avais pu voir par moi-même, et d'après l'opinion de mes collègues, j'avais une entière confiance en ce moyen. Je ferai toutefois remarquer que l'opéré inoculé préventivement n'est pas mort. M. Reynier attribue sa guérison aux doses massives de chloral qui lui ont été administrées; c'est possible; mais ne pourrait-on pas penser que cet opéré n'a eu qu'un tétanos

bénin, atténué par l'injection préventive qui lui avait été faite?

Enfin on a, dans la discussion, incidemment parlé des injections intracérébrales de sérum antitétanique. J'ai été pour ma part un des premiers a en pratiquer une. Il s'agissait d'un malade atteint de tétanos à forme céphalique. J'avais entendu dire que l'inoculation intracérébrale venait d'être faite chez l'homme, et n'ayant pas le temps, devant la gravité des accidents, d'attendre au lendemain pour appeler quelqu'un de compétent, je me fis apporter les *Annales de l'Institut Pasteur* et suivis la technique employée chez les animaux, M. Borel aussi eut l'obligeance de venir voir le malade, me dit que j'avais fait ce qu'il y avait à faire. Mais mon opéré n'en mourut pas moins quatre jours après. Il est vrai que je me trouvais en présence d'un tétanos à forme céphalique, c'est-à-dire d'une forme grave de cette affection ; mais devant les autres échecs nombreux qui ont été signalés, et surtout après avoir entendu les observations de Delbet et de Brun, je me demande si, devant un cas de tétanos déclaré, je pratiquerai désormais la double trépanation pour projeter le sérum antitétanique dans les lobes cérébraux.

Ostéomes pré-coxaux,

par M. LEJARS.

Je tiens à vous entretenir de certaines tumeurs osseuses pré-coxales qui me semblent intéressantes et par leur volume et par leur évolution. J'en ai donné deux cas.

Mon premier malade était un journalier de quarante ans, que j'opérai à l'hôpital Beaujon, en mai 1898. Il était entré dans le service, pour une grosse tumeur de l'aine droite, qui gênait notablement la marche.

Deux ans auparavant, notre homme était tombé, de sa hauteur, sur le côté droit ; il s'était fait une contusion de la hanche, et il avait dû, pendant un mois, garder le lit et le repos. Dès qu'il se remit à marcher, il s'était aperçu de l'existence d'une petite tumeur dure, à l'aine droite, tumeur qui, peu à peu, très lentement, augmenta de volume, pour acquérir finalement les dimensions qu'elle présente aujourd'hui.

Nous trouvons dans le triangle de Scarpa une masse saillante, bosselée, de consistance osseuse ; elle occupe toute la partie externe du triangle, et, sur son bord interne, on sent battre l'artère fémorale ; en bas, elle se termine par une sorte de bec, arrondi, très net, dont les doigts font aisément le tour ; en haut,

elle se prolonge, en s'élargissant, jusqu'au-dessus de l'arcade crurale, qu'elle soulève en dos d'âne, et se continue, à ce niveau, jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Cette tumeur donne, en tous ses points, la même sensation de dureté osseuse ; elle ne se laisse pas mobiliser ; elle semble attenante au plan profond et implantée sur le squelette.

Elle est, en somme, peu douloureuse, et la gêne qu'elle provoque est surtout mécanique : la cuisse ne se fléchit pas sur le bassin au delà d'un angle très obtus ; l'inclinaison du tronc en avant n'est elle-même possible que dans une limite restreinte.

J'ajoute que le malade, qui nie toute syphilis, présente des signes indubitables de tabes : douleurs fulgurantes, signes de Westphal et d'Argyll-Robertson, désordres de la sensibilité des membres inférieurs ; mais il ne semble pas qu'il puisse être question d'une arthropathie tabétique de la hanche ; la tumeur est très nettement pré-articulaire ; la palpation des faces postérieure, externe, interne de l'articulation ne révèle aucune déformation, aucune anomalie ; les mouvements sont limités, en avant, par le relief de la tumeur, mais, dans les autres sens, ils s'exécutent sans le moindre obstacle, et l'on sent la tête fémorale rouler librement dans le cotyle.

Notre diagnostic fut celui-ci : tumeur osseuse, ostéome probable, peut-être sarcome ossifié, ayant pour point de départ le bord antérieur du bassin. L'intervention était tout indiquée ; elle nous montra quelle était l'origine vraie et la signification exacte de cette volumineuse tumeur.

Je la découvris par une longue incision oblique qui remontait au-dessus de l'arcade et descendait jusqu'à la pointe du triangle de Scarpa ; sous l'aponévrose et une mince lame musculaire, je mis à nu la tumeur, évidemment osseuse, bosselée, rougeâtre, et formant un bloc compact, qu'il fallut morceler à la gouge et au maillet. En la suivant et en l'évidant ainsi, de bas en haut, je reconnus qu'elle suivait exactement la direction du psoas iliaque, qu'elle occupait l'épaisseur même du muscle, réduit à quelques fibres antérieures et à une minime bandelette profonde, figurant encore les restes d'une sorte de coque enveloppante. En bas, elle fusait jusqu'au tendon, le long duquel se prolongeait le bec arrondi que je signalais tout à l'heure ; en haut, elle s'évasait comme le muscle, et remplissait toute sa loge, au-dessous de l'arcade crurale ; le nerf crural était refoulé au devant d'elle ; les vaisseaux fémoraux, accolés à sa face interne, exigèrent beaucoup de précautions pour être libérés et réclinés sous un écarteur.

Je poursuivis l'évidement au ciseau, jusqu'au-dessus de l'arcade, où le bloc osseux se terminait en s'arrondissant ; en arrière et à

la même hauteur, il était intimement accolé à la branche horizontale du pubis, sans qu'il y eût de fusion réelle ni d'implantation proprement dite.

Ce travail de morcellement laissa un vaste foyer qui fut drainé et qui guérit au bout de quelques semaines. Malheureusement le malade n'a pu être retrouvé.

Ce premier fait m'avait vivement frappé, et le souvenir que j'en avais gardé m'a permis de faire le diagnostic chez un second malade qui se présentait dans des conditions toutes semblables, en février dernier.

C'était un homme de quarante-deux ans, exerçant la profession de gravatier, qui m'était adressé à l'hôpital Tenon par mon confrère, le Dr Laroulandie, des Lilas, pour une grosse tumeur de l'aine gauche.

Cette tumeur avait tous les caractères de celle que nous décrivions tout à l'heure, comme le montrent les détails que je donnerai dans un instant. Nous ne trouvions aucun antécédent morbide de quelque importance, et le malade ne s'était jamais alité que pour des traumatismes. Deux de ces accidents lui ont laissé un souvenir très précis ; l'un remonte à douze ans et demi : un camion l'avait renversé et lui avait brisé l'avant-bras gauche ; l'autre date de trois ans : cette fois encore, notre homme avait été renversé par une voiture ; la roue avait passé sur l'aine gauche, en créant de fortes ecchymoses de la région inguino-crurale et des bourses, mais sans provoquer vraisemblablement de lésions profondes importantes, car le blessé ne tarda pas à se relever et à reprendre ses occupations.

Toujours est-il que, depuis ce dernier accident, il conserve une douleur à l'aine gauche, douleur légère, simple gêne, dans les premiers temps, qui s'est accusée de plus en plus et devient extrêmement pénible depuis quelques mois. Les souffrances sont atténuées au repos, et se bornent à des crampes subites qui, de la hanche, s'irradient jusqu'au genou ; mais, dès que le malade est debout, la douleur devient très aiguë ; elle siège principalement à l'aine, elle s'accompagne de crampes répétées et très pénibles tout le long de la cuisse et de la jambe ; elle entrave singulièrement la marche, qui se fait lentement, à petits pas, en boitant. Aussi, depuis près d'une année, le travail est-il devenu impossible.

Le malade étant couché horizontalement, voici ce que l'on constate :

Amaigrissement notable, très apparent, de la cuisse et de la jambe gauche.

A gauche, la cuisse ne peut être fléchie qu'à angle obtus sur le

bassin ; l'adduction est impossible, la rotation aussi ; l'abduction est très limitée.

Le pli de l'aine gauche a disparu, et toute la région, depuis la pointe du triangle de Scarpa jusqu'à 5 centimètres environ au-dessus de l'arcade crurale, est surélevée par une tumeur mal limitée, solide, d'une dureté osseuse, bosselée, de surface irrégulière, et qui s'étend transversalement sur une largeur d'au moins 12 centimètres. Cette tumeur paraît fixe et ne se déplace pas sous les doigts ; elle occupe surtout la zone externe du triangle de Scarpa et dessine son relief supérieur dans le segment externe de l'arcade crurale.

J'intervins le 15 février dernier. Je pratiquai, sur le bord externe du triangle de Scarpa, tout le long de la tumeur, une incision oblique remontant jusqu'à deux doigts au-dessus de l'arcade. La tumeur fut d'abord isolée en dedans, et le paquet vasculaire mis en sûreté sous un écarteur; puis, après avoir fendu une lame musculaire mince, j'arrivai sur la masse osseuse. A la rugine courbe, je décollai d'abord une première plaque compacte, ayant la forme d'une carapace; au-dessous d'elle, après l'avoir extraite, je traversai une nouvelle couche fibreuse et j'arrivai sur la tumeur osseuse principale, que j'enlevai par segments : elle occupait très nettement la gaine du psoas et remontait jusqu'au-dessus de l'arcade; les parois du vaste foyer furent rapprochées par un surjet et un petit drain laissé au point déclive. Mon malade a guéri sans incident, et le résultat fonctionnel est très bon.

Nos deux observations présentent donc entre elles des analogies étroites : chez l'un et l'autre malade, à la suite d'un traumatisme de la hanche, on voit apparaître, sur le devant de l'articulation, une tumeur dure, petite d'abord, qui grossit lentement, et finit par acquérir les dimensions, relativement considérables, que nous avons signalées, et par entraver singulièrement, par son volume seul, les mouvements et les fonctions du membre. Dans les deux cas, enfin, l'opération démontre qu'il s'agit bien d'une tumeur osseuse, qu'elle siège à la face antérieure de la jointure, sans affecter, d'ailleurs, d'autres rapports que ceux d'une contiguïté plus ou moins étroite avec le squelette articulaire et l'os iliaque, et qu'elle suit exactement le trajet et comprend toute l'épaisseur du psoas.

Ce sont, en fait, des *ostéomes du psoas*, et qui rentrent dans le cadre des *ostéomes traumatiques péri-articulaires*. Les tumeurs de ce genre ne sont pas très rares, au coude en particulier, et leur pathogénie a été maintes fois discutée.

A la hanche, elles paraissent exceptionnelles ; et ce qui distingue

surtout les ossifications pré-coxales que nous avons observées. c'est leur volume. Sous cette forme et sous cette amplitude, elles prêtent à certaines difficultés de diagnostic : elles font penser tout d'abord à un néoplasme, à un sarcome ossifié, ou encore à un cal difforme et hypertrophique. L'évolution lente de la tumeur et les conditions de son origine, sa consistance entièrement osseuse, son siège pré-articulaire et sa direction, l'intégrité du squelette ambiant, et, enfin, les résultats de l'examen radiographique, serviront d'éléments au diagnostic.

L'ablation de ces tumeurs osseuses est tout indiquée : leur accroissement continu, les douleurs, la gêne fonctionnelle et l'impotence qui en résultent, suffisent à rendre cette ablation nécessaire. Mais, pour être réellement utile, elle doit être *aussi complète que possible :* il ne faut pas s'attendre à pouvoir enlever tout d'une pièce ces ostéomes, c'est par le *morcellement* et par l'éradication successive de leurs segments superposés qu'on devra procéder. On poursuivra l'ossification jusqu'au tendon et à son attache, en bas, jusqu'aux limites toutes supérieures de la tumeur, en haut; on prendra soin d'exciser et de déraciner tous les débris osseux, d'ébarber largement la gangue fibreuse qui les enveloppe, et de s'assurer qu'aucune « cale » ne s'oppose plus aux mouvements de la jointure. Toutefois, même à la suite de ces extirpations intégrales, la restitution fonctionnelle ne sera pas toujours complète : cela dépendra, pour une notable part, de l'état de l'articulation sous-jacente, de son enraidissement plus ou moins accusé, et de son aptitude à reprendre tous ses mouvements.

Ces ostéomes traumatiques du psoas représentent donc une variété importante de tumeurs pré-coxales, de tumeurs de l'aine; il y a, de plus, un intérêt très réel à signaler et à connaître ces séquelles tardives des traumatismes articulaires.

Présentation de pièces.

Kyste sébacé de la paume de la main.

M. Potherat. — La pièce que je vous présente n'offre aucun intérêt par elle-même; c'est un kyste sébacé banal que j'ai enlevé ce matin même. Ce qui en fait l'intérêt, c'est le siège de ce kyste, qui avait le volume d'une très grosse noix. Il siégeait à la paume de la main gauche d'un homme de quarante ans, tapissier. Il répondait exactement à la fois à la paume et à la racine du

médius; le pli de flexion de l'articulation métacarpo-phalangienne représentait assez bien le milieu de la tumeur. Il était mou, fluctuant, mais sans trace d'inflammation et je pus facilement l'énucléer.

Les cas de kystes sébacés de la main et des doigts sont tout à fait exceptionnels. Blum en rapporte un cas personnel; la tumeur siégeait au dos de la main, au niveau d'un espace intermétacarpien; mais personne que je sache n'en a signalé au niveau de la paume. D'ailleurs il semble *a priori* qu'il soit impossible d'observer de kyste sébacé dans cette région, puisque tous les anatomistes s'accordent à déclarer formellement qu'il n'y a pas de glandes sébacées dans la peau de la paume de la main, ou de la plante des pieds.

Ce fait montre ou bien que cette formule est trop absolue, ou bien que certains sujets présentent des anomalies. A cet égard je dois dire que mon opéré présente un développement exceptionnel de ses glandes sébacées, ou tout au moins une tendance marquée à la multiplication des kystes sébacés, car indépendamment du kyste de la paume de la main que je vous présente je lui ai enlevé ce matin un kyste de la joue, deux kystes de la nuque, et un kyste développé à la base même du lobule de l'oreille droite. Et ce n'est pas là la première intervention qu'il subit, car il a déjà été opéré antérieurement dans le service de M. Monod à Saint-Antoine, pour d'autres manifestations semblables, à la face.

M. Delbet. — Avant de donner l'épithète de kyste sébacé à cette tumeur, il faudrait un examen histologique; c'est peut-être un kyste par inclusion ou un kyste épidermoïde.

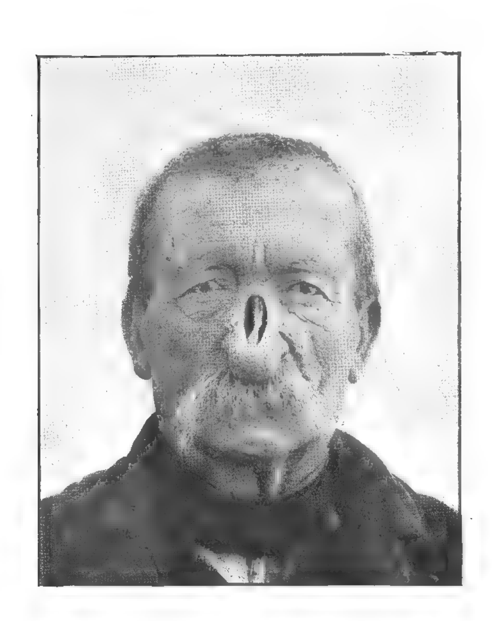
M. Cahier. — J'ai enlevé avant-hier un kyste sébacé de la main, mais l'examen histologique n'a pas été fait.

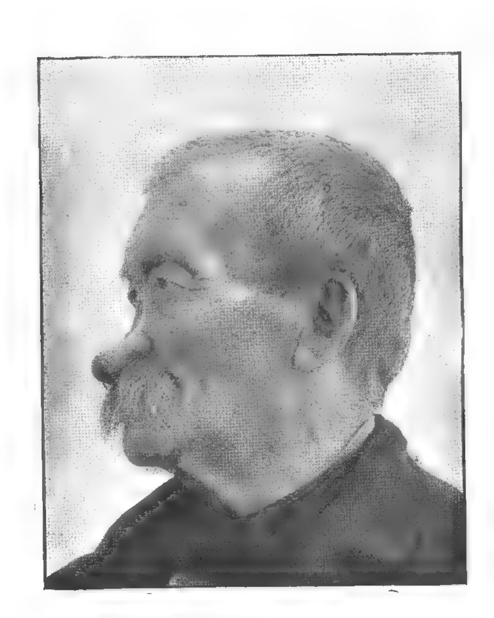
M. Potherat. — Cliniquement c'était un kyste sébacé et la multiplicité de tumeurs semblables rendait ce diagnostic probable. Je ferai faire l'examen histologique.

M. Delbet. — Le mémoire très étudié de Fischer (*Archives de Langenbeck*) sur les kystes épidermoïdes est précisément basé sur des cas de kystes multiples.

Le Secrétaire annuel,
Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.









Rhinoplastie par la méthode indienne.

SÉANCE DU 26 JUIN 1901

Présidence de M. Reclus



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de sir William Broadbent et du professeur Clifford Allbutt qui invitent le président de la Société de chirurgie à se faire représenter au Congrès de la Tuberculose qui se tiendra à Londres du 22 au 26 juillet prochain.

3° Une lettre de M. Beurnier qui demande un congé d'un mois, à dater du 1er juillet.

A propos de la correspondance.

M. Chauvel dépose sur le bureau, de la part de M. le médecin-principal de l'armée Dubujadoux, deux travaux ayant pour titre : le premier, *Rupture intra-péritonéale de la vessie, sonde à demeure, guérison ;* le deuxième, *Quatre complications sous-astragaliennes.* — Ces deux travaux sont renvoyés à une commission. — M. Chauvel, rapporteur.

M. Reynier présente de la part de M. Platon, chef de clinique à Marseille, une observation de tétanos, quinze jours après une laparotomie. — M. Reynier, rapporteur.

M. Broca présente une observation de M. Prouff (de Morlaix), sur un cas de mort par anesthésie lombaire. — M. Broca, rapporteur.

A propos du procès-verbal.

Sur la cure radicale du prolapsus rectal total,
à propos du Rapport de M. PIERRE DELBET.

M. DELORME. — Dans son intéressant Rapport sur la cure du prolapsus complet du rectum par l'excision simple de la muqueuse rectale, rapport fait à propos du Mémoire et des observations de M. Juvarra (de Bucarest), notre collègue M. Pierre Delbet a discuté la priorité de cette opération nouvelle, sa gravité, le mécanisme de la guérison, enfin sa valeur comparée à celle de la rectopexie, qu'il considère comme l'opération de choix.

Si brillante, si séduisante, si serrée qu'elle paraisse, son argumentation, j'ai le regret de l'avouer, ne m'a pas pleinement convaincu, et comme le sujet, au moins à mes yeux, en vaut la peine, je vais donner les raisons de ma dissidence et répondre à notre collègue point à point.

Pour ce qui est de la priorité de la méthode, M. Delbet m'accorde que le temps principal, l'idée mère, m'appartient. Je lui sais gré de cette affirmation, et puisque cette question si personnelle et si délicate d'une priorité est actuellement posée d'une façon formelle, je demanderai d'ajouter que, par mes présentations de malades, le contrôle que vous avez bien voulu exercer sur leurs guérisons, par les communications que j'ai faites à l'Académie de Médecine et à la Société de Chirurgie, j'ai bien marqué les premiers pas de cette méthode dont aucun classique n'avait fait mention et à laquelle je n'aurais jamais songé si, d'une part, je n'avais eu pleine confiance dans les résultats de la méthode de Witehead et si, d'autre part, notre collègue M. Nélaton ne m'avait, par sa communication à la Société de Chirurgie, détourné, chez mon premier opéré, des procédés usuels de traitement des grands prolapsus et incité aux excisions étendues rectales et recto-coliques.

Ma première pensée était de faire une ablation sous-péritonéale de toute la paroi rectale, par la voie périnéale, et c'est en constatant, d'une part, l'excessive laxité des liens qui réunissaient la muqueuse à la musculeuse et l'épaisseur anormale, sphinctérienne, des fibres de l'intestin qu'avait si bien indiquée M. Félizet, qu'atttribuant à la première une part de premier ordre dans la pathogénie du prolapsus, je fus entraîné à faire porter exclusivement le sacrifice sur le manchon muqueux et à conserver religieusement la couche musculaire, ce qui avait l'avantage de me mettre plus sûrement à l'abri de l'atteinte du péritoine.

Le succès couronna ma tentative; d'autres guérisons ont affirmé la valeur de la méthode. Je fais bon marché des idées directrices si elles sont exagérées et théoriques, et je garde précieusement le résultat, but suprême de nos efforts.

Au sujet des dates reprises par M. Delbet, je me contenterai de rappeler que ma Communication à la Société de Chirurgie fut précédée d'une Communication à l'Académie de Médecine, laquelle communication a été reproduite partiellement ou presque *in extenso* par certains organes de la presse médicale.

Voilà pour la question de priorité de l'ensemble de la méthode; j'arrive au second temps, sur lequel M. Delbet a particulièrement insisté.

Notre collègue a eu raison de faire remarquer que la suture musculo-musculaire a été exécutée par M. Juvarra d'une façon toute personnelle et bien différente de celle que j'ai préconisée et employée.

Là où je pratique quatre sutures cardinales de soutien, à anses, réunissant dans une faible étendue les fibres annulaires du manchon intestinal aux fibres les plus internes du sphincter externe, et cela dans le but précis d'obtenir une garantie de plus contre l'ascension du manchon rectal (1), M. Juvarra cherche, par des séries de sutures perdues, à obtenir le *plissement transversal de la tunique musculaire de la portion prolabée du rectum* et, nous dit M. Delbet, sa transformation en un anneau épais qui est réduit et fixé dans l'épaisseur du périnée au-dessus du sphincter externe.

Procédés et buts sont donc différents. Je crois ma façon d'agir plus simple; des guérisons l'ont montrée suffisante, enfin, chose bien digne de remarque et bien faite pour m'engager à persister dans ma voie, l'anneau épais que M. Juvarra recherche, qu'il constate au doigt, je l'ai trouvé sur mes opérés sans avoir pratiqué cette suture spéciale (2).

Puisque j'ai ici l'occasion de revenir sur des détails opératoires auxquels cette discussion donne une importance que je ne pouvais soupçonner lors de ma Communication du 3 octobre, je dirai que mes sutures à anses qui unissent les fibres les plus internes du sphincter externe au manchon rectal portent, sur ce dernier, sur des points proches de ceux où va porter l'excision muqueuse, et qu'il serait peut-être bon d'en joindre quelques-uns de supplémentaires au-dessus, sans les trop multiplier, si la muqueuse s'était montrée friable.

Quant à l'anorraphie par laquelle M. Juvarra termine son opé-

(1) Voir communication du 3 octobre 1900, in *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XXVI, p. 901.

(2) Voir communication citée.

ration, M. Delbet a raison de dire qu'il n'y a là rien de nouveau. Je l'ai employée sur mon premier opéré et pas sur les autres et n'en ai point parlé.

J'arrive à la question de la gravité de l'opération. Ici, je ne puis, à mon regret, être d'accord avec notre collègue.

Cette opération a, à ma connaissance, dit M. Delbet, été pratiquée sept fois : quatre fois par M. Delorme, deux fois par M. Juvarra, une fois par M. Poirier; or, sur les sept malades opérés, deux sont morts. La communication que M. Tuffier vous a faite dans la dernière séance a porté le nombre des opérés à huit, en ajoutant un nouveau succès. J'y joins un neuvième cas également suivi de succès que je dois à l'obligeance amicale de M. Reynier.

Mon collègue et ami m'a permis l'année dernière, en présence de notre collègue M. Beurnier, de M. Ozenne, chirurgien de l'hôpital Saint-Lazare, et du personnel du service, d'opérer, avec sa précieuse assistance, un malade dont l'observation mérite, à plus d'un titre, de fixer l'attention.

Dans son passage en plusieurs mains, ce malade, porteur depuis l'enfance d'un prolapsus saillant de 5 à 6 centimètres pendant l'effort, avait subi plusieurs opérations pour de prétendues hémorroïdes, entre autres une excision circulaire de la muqueuse, qui n'avait rien de classique. De cette regrettable intervention, il était resté à cet opéré de l'incontinence fécale, une cicatrice rétractile qui, de la demi-circonférence antérieure de l'anus, se prolongeait en avant, sur le périnée, dans l'étendue de plusieurs centimètres ainsi que dans le rectum. Cette cicatrice ovalaire et étalée se continuait en arrière avec une ligne cicatricielle dure, correspondant au reste de l'orifice anal. Enfin, comme l'opération nous le montra, chez cet homme les deux tiers au moins de la circonférence du sphincter externe avaient été sacrifiés.

Le cas était déplorable et j'hésitai quelque peu à lui appliquer une méthode qui, pour ses débuts, avait besoin d'être ménagée. M. Reynier insista, tout en reconnaissant les conditions défectueuses dans lesquelles elle était employée et s'offrant à en témoigner au besoin. L'opération fut pratiquée.

Dans un tissu de cicatrice criant sous le bistouri, je cherchai, en tâtonnant, un sphincter externe en partie absent; je ménageai, avec les plus grandes précautions et non sans peine, celles qui n'avaient pas été sacrifiées. Les fibres du sphincter interne, qui, après celles de l'externe, servent si bien de guides à l'opérateur, avaient, elles aussi, disparu en partie. Enfin, j'arrivai avec peine à dégager le manchon muqueux et à faire porter mes sutures sur la muqueuse saine. L'excision avait porté sur 15 centimètres environ.

En avant, pour ne pas compliquer l'opération d'une autoplastie périnéale, je fus obligé d'unir la muqueuse à un tissu fibroïde peu favorable à une adhésion rapide, facile et régulière. Mes doutes sur la valeur de cette réunion furent partagés, mais nous n'avions pas la possibilité de remplacer cette façon d'agir par une autre, à moins de faire une perte de substance considérable.

Le malade fut pendant quatorze jours maintenu constipé, soumis au régime sévère dont j'ai parlé dans mes communications : diète et régime furent bien supportés et l'adhérence de la muqueuse à la peau obtenue, excepté en avant, dans l'étendue d'un quart de la circonférence anale environ.

J'avais proposé à notre collègue M. Reynier d'aviver à nouveau la peau en ces points et d'y poursuivre une réunion immédiate secondaire. Il pensa, au contraire, qu'une cicatrice partielle, souple, peu étendue, contribuerait plus qu'une réunion linéaire à corriger l'incontinence, triste effet du sacrifice antérieurement et si malencontreusement subi par le sphincter externe, et la suite lui donna raison. La guérison du prolapsus fut complète, et l'incontinence stercorale disparut.

Je suis donc autorisé à dire que ce résultat, obtenu dans des conditions si déplorables, apporte un appoint nouveau et important à la valeur de cette méthode.

Le chiffre des opérations se monte donc à neuf; elles ont fourni sept succès. Ce n'est pas là une statistique, j'ai hâte de le dire. Cette méthode en est à ses tout premiers débuts et il serait tout aussi prématuré de chercher à en préciser les risques que les résultats.

Ce qu'on peut dire c'est que les guérisons sont encourageantes, que les risques sont évitables, qu'il serait injuste de faire trop porter à cette opération le poids de deux morts relevées à la période si incertaine des premiers tâtonnements. L'opéré de M. Poirier était infecté; il l'a lui-même reconnu, et M. Delbet après lui. Quant au mien, il avait subi une résection muqueuse excessive.

Les sept opérés chez lesquels la résection n'a pas dépassé 20 à 30 centimètres ont guéri et il sera peut-être possible encore de réduire l'étendue de cette excision.

M. Delbet, rappelant les résultats de l'autopsie de l'un de mes malades et de celui de M. Poirier, se préoccupe beaucoup de l'ascension possible du manchon muqueux et fait jouer aux conditions mécaniques un rôle prépondérant. Cette préoccupation est fort légitime. Je l'ai moi-même puisque j'ai préconisé, pour assurer la fixité des sutures muco-cutanées, l'emploi de sutures musculo-musculeuses de soutien et recommandé de réduire l'étendue de l'excision. Moi-même j'ai accordé aux conditions mécaniques la

part d'importance qu'elles méritent et, averti par mon insuccès, j'ai demandé que la dénudation de la muqueuse ne fût pas portée trop loin. Mais le tableau que donne M. Delbet des conséquences de cette ascension n'est-il pas bien chargé, bien plus assombri qu'il ne doit l'être? Vous allez en juger.

A propos des deux insuccès. M. Delbet s'exprime ainsi : « Mais demandons-nous ce qui serait arrrivé si les opérés avaient survécu; songez à l'*effroyable* rétrécissement, à l'atresie même de plusieurs centimètres de long, qui se seraient produits... »

Et plus loin : « Voilà ce qui me paraît le *vice* et le danger de la méthode... L'opération de MM. Delorme et Juvarra (j'aimerais mieux dire de M. Delorme modifiée par M. Juvarra) expose à un danger spécial et *terrible*, c'est l'ascension de la muqueuse, qui peut être considérable. Supposez que dans le cas de M. Delorme et dans celui de M. Poirier, le dénouement ait été moins tragique, supposez que les malades aient survécu et songez aux *effroyables* rétrécissements qui n'auraient pas manqué de se produire, la muqueuse étant remontée dans un cas à 6 centimètres et dans l'autre à 10 centimètres de l'anus! »

Si vice il y a, il est loin d'être rédhibitoire, car je vous assure que je serais fort peu embarrassé pour prévenir un semblable rétrécissement et que je me considérerais comme bien coupable si je l'avais laissé s'établir.

A la suite d'ablations de l'extrémité inférieure du rectum pour épithélioma, à la suite de quelques excisions rectales circulaires, chez deux ou trois malades indociles et mal surveillés, j'ai vu de ces ascensions rectales et chez eux j'ai fait avec succès ce que je ferais ici.

Après avoir constaté le relâchement des sutures, je rechercherais d'abord une immobilisation plus complète encore de l'intestin par le traitement opiacé; j'obturerais son orifice par un tampon antiseptique appliqué avec soin, sans pression; j'irriguerais au besoin le canal celluleux; puis, lorsque celui-ci serait devenu granuleux, au bout d'une huitaine de jours, je dilaterais largement le sphincter par le chloroforme.

Je reprendrais avec des pinces la muqueuse qui se laisserait bien attirer (il en était ainsi chez mon opéré chez lequel l'excision avait été excessive) et, après avoir, par le raclage ou la curette, avivé la surface du manchon, le canal granuleux, surtout près de la ligne sphinctérienne, je fixerais la muqueuse par des fils de soutien, de nouveaux fils en U, des fils à points passés, recherchant une réunion immédiate secondaire.

Ainsi, même dans ces situations tout exceptionnelles, qu'il est meilleur de prévoir que de méconnaître, dans ces conditions que

notre collègue qualifie de *terribles*, je ne crois pas le chirurgien désarmé, incapable d'obtenir un résultat avantageux.

Je désire encore m'arrêter à une dernière question, celle des indications.

Pour M. Delbet, dont les préférences pour la rectopexie sont bien formelles et nettement formulées, l'excision muqueuse ne peut être la méthode de choix ; plus loin il se demande si elle a des indications spéciales ; il en discute une que j'avais considérée comme contre-indication et s'arrête. Le partage est maigre et si tous les chirurgiens pensaient comme M. Delbet, cette méthode, qui, toute jeune qu'elle soit, compte des succès, devrait s'attendre à disparaître. Ce serait immérité, je crois.

Je n'ai garde, pour la faire valoir, de chercher à atténuer celle à laquelle M. Gérard Marchant a attaché son nom, mais est-ce trop pour une infirmité dégoûtante, dont l'anatomie pathologique est si mal précisée, les processus peu connus, la pathogénie obscure et complexe, la thérapeutique si riche de procédés récents, alors que nous savons tous que cette richesse masque le plus souvent l'insuffisance de notre action, est-ce trop d'avoir une ressource nouvelle qui a déjà ses guérisons, sûres et lointaines? Des chirurgiens français et étrangers restent encore attachés à l'excision totale qui sectionne le péritoine et expose à plus de risques que l'excision muqueuse ; ils n'agissent peut-être pas sans raisons de valeur, ces chirurgiens de carrière, et M. Nélaton nous a dit, avec cette franchise qui lui est familière et qui donne tant de prix à ses appréciations, pourquoi il avait eu recours à ce procédé si radical qui porte son nom et qu'il a abandonné, non parce qu'il avait repris sa foi dans d'autres méthodes mais parce qu'il avait été malheureux.

Je conclus :

L'excision de la muqueuse a, par ses succès, le droit de prendre rang parmi les méthodes de traitement des prolapsus rectaux totaux et étendus.

Ce n'est pas par le mécanisme d'une rectopexie qu'elle assure la guérison.

Ses indications, ses contre-indications, son degré de gravité ne peuvent encore être précisés. Il semble que ce dernier soit faible, lorsque l'excision muqueuse n'a pas été trop considérable et que le traitement consécutif a été bien assuré. Il y aura lieu de fixer les limites de cette excision ; peut-être ne sera-t-il pas nécessaire de dépasser notablement les limites inférieures du cylindre interne ou du cylindre unique procident.

Ses résultats classent cette méthode parmi les méthodes radicales. Si elle paraît compter quelques risques de plus que les pexies, elle semble moins grave que l'excision totale du prolapsus.

Elle devrait être employée par des chirurgiens familiarisés avec la pratique de la cure radicale des hémorroïdes par le procédé de Witehead.

Je demanderai à MM. Tuffier et Reynier de vouloir bien publier *in extenso* leurs observations si intéressantes, et à M. Delbet de proposer le dépôt du mémoire de M. Juvarra dans nos archives. Dans son rapport, il n'avait demandé à la Société que d'adresser des remerciements à notre confrère roumain.

Rapports.

Un cas de tétanos traité dès le début par les injections intra-cérébrales d'antitoxine à haute dose ; arrêt des accidents ; guérison. Observation de M. Letoux (de Vannes).

Rapport par M. TUFFIER.

La discussion actuellement en cours, sur la contagion et le traitement du tétanos, discussion où l'on a agité entre autres la valeur curative des injections intra-cérébrales d'antitoxine tétanique, m'engage à vous rapporter une observation de M. le Dr Letoux (de Vannes) concernant un cas de tétanos traité et guéri par ces injections faites à haute dose dès le début des accidents. Cette observation fait partie d'une série de quatre cas successifs traités et guéris par notre collègue, par cette méthode.

Voici cette observation, brièvement résumée :

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans qui, le 17 février 1901, reçoit à bout portant un coup de fusil dans le pied droit. Il entre à l'hôpital le jour même, et M. Letoux fait aussitôt le nettoyage de la plaie, qu'il recouvre ensuite d'un pansement antiseptique. Suites normales, sans température ; mais, au onzième jour, le 28 février au matin, le blessé, qui, depuis la veille, ne se sentait pas très bien, présente les premiers symptômes du tétanos. A quatre heures du soir, ces symptômes se sont encore accentués, et le diagnostic ne fait plus aucun doute : M. Letoux se décide à faire, séance tenante, une injection intra-cérébrale de sérum antitétanique.

Je passe sur les détails de l'injection qui a été pratiquée suivant les règles habituelles, et j'insiste seulement sur la quantité de sérum injecté, quantité qui fut, pour chaque hémisphère, supérieure à 10 centimètres cubes. Le résultat de l'injection ne se

fit pas sentir immédiatement, c'est-à-dire que pendant quelques jours encore le malade présenta les symptômes d'infection tétanique du début ; mais ces symptômes ne s'accentuèrent point et il n'en apparut point d'autre ; bientôt même, au sixième jour, il devint manifeste que les symptômes du début eux-mêmes commençaient à s'amender, et, le 23 mars, le malade quittait l'hôpital, parfaitement guéri.

Pour compléter l'observation j'ajouterai que, le 2 mars, le malade avait subi l'amputation du troisième orteil et que, dans la plaie, M. Letoux trouva un morceau de bois — fragment de sabot — long de 2 centimètres, et de la grosseur d'une plume d'oie.

Ce cas de tétanos est le quatrième que M. Letoux a traité et guéri de cette façon. Notre collègue attire notre attention sur ce fait remarquable que, dans aucun cas, l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique n'a fait disparaître de suite les symptômes déjà existants : son premier effet a été tout d'abord d'empêcher l'apparition d'accidents nouveaux, et ce n'est que peu à peu, progressivement, que se sont atténués les symptômes primitifs.

Quel que soit, d'ailleurs, le processus de guérison, ce qui reste acquis — et je donne ici les conclusions du travail de M. Letoux — c'est la valeur curative indubitable des injections intra-cérébrales de sérum antitétanique faites dès le début des accidents, c'est-à-dire aussi hâtivement que possible. Ces injections sont sans dangers : elles doivent être faites à assez forte dose, soit 10 centimètres cubes par hémisphère. Les autres moyens de traitement ne sont que des adjuvants.

Ces deux dernières propositions m'arrêteront un instant. Je suis de l'avis de M. Letoux sur l'innocuité des injections de fortes doses — 10 à 15 centimètres cubes par hémisphère — de sérum antitétanique, et j'appuie mon opinion sur le témoignage de nos collègues de l'Institut Pasteur. Mais je me montrerai moins convaincu que notre collègue de Vannes en ce qui concerne l'action de nos autres moyens de traitement : je suis persuadé qu'ils constituent — j'entends parler au moins du traitement par le chloral — un précieux adjuvant des injections d'antitoxine.

Je terminerai en mettant M. Letoux en garde contre les séries heureuses qui, plus souvent encore que les séries malheureuses, nous trompent sur la véritable valeur d'une méthode de traitement; il faut attendre, pour asseoir notre jugement, que l'expérience nous ait apporté un plus grand nombre de faits favorables ou défavorables.

1° *Rupture traumatique de la rate par coup de pied de cheval. Splénectomie. Mort dix jours après l'opération*, par M. le Dr Véron, chirurgien de l'hôpital militaire du Dey, à Alger.

2° *Rupture de la rate par coup de pied de cheval. Splénectomie; guérison*, par M. le Dr Mauclaire, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. A. GUINARD.

Dans la séance du 6 mars, notre collègue Hartmann a fait un rapport très développé sur une observation de ce genre lue ici par M. Auvray; il nous a lu à cette occasion la relation inédite d'un fait analogue dû à M. Lecène. Le malade de M. Auvray avait guéri : celui de M. Lecène avait succombé. Dans les deux observations que vous m'avez chargé d'analyser devant vous, je trouve de même un opéré qui est mort, celui de M. Véron, et l'autre, celui de M. Mauclaire, qui a guéri.

Pour ce dernier il s'agissait d'un homme qui avait reçu un violent coup de pied de cheval dans la région thoracique inférieure et postérieure gauche. Pendant vingt-quatre heures il ne présenta aucun signe d'hémorragie interne. Mais le 2e jour ces signes apparaissent, et M. Mauclaire se demande s'il ne s'agit pas d'une hémorragie secondaire. Quoi qu'il en soit, il fait au bout de vingt-quatre heures la laparotomie, et devant un flot de sang, il saisit immédiatement le pédicule de la rate entre les doigts, le lie et enlève une rate éclatée en plusieurs segments. La guérison survint sans autre incident qu'une élévation subite de la température le 12e jour. M. Mauclaire nous a présenté ici son opéré guéri (séance du 22 mai), et je ne donne pas d'autres détails sur ce fait qui va paraître *in extenso* dans les Bulletins de la Société anatomique.

L'observation de M. Véron mérite d'être rapportée ici avec plus de détails et de figurer dans nos bulletins, d'autant plus qu'elle nous donnera l'occasion de préciser quelques points intéressants de la technique opératoire.

Rupture traumatique de la rate par coup de pied de cheval. Splénectomie. Mort 10 jours après l'opération.

Em..., cavalier de 2e classe, nouvellement incorporé au 5e régiment de chasseurs d'Afrique, reçoit le 17 janvier, à midi, étant à la promenade, un coup de pied de cheval dans la région de l'hypocondre gauche. Au moment du choc, le blessé pâlit sans perdre connaissance, puis présente quelques instants après deux vomissements alimentaires. Appelé près du blessé, M. le médecin-major Sturel l'envoie d'urgence à

l'hôpital Militaire du Dey. Je le vois à trois heures de l'après-midi, dès son entrée dans mes salles. Em... est très pâle, mais il n'accuse aucun malaise et aucune douleur; l'inspection de l'abdomen ne révèle rien d'anormal, il n'y a pas de ballonnement, pas trace d'ecchymose au point contus; la palpation est indolente; c'est à peine si elle éveille quelque sensibilité dans la région de la rate; mais on sent sous la main une paroi rigide et contracturée; la percussion donne un peu de submatité dans le flanc gauche. Le blessé remue, s'allonge, s'étend sans souffrir : il n'a pas été à la selle depuis l'accident, mais il a rendu des gaz par l'anus : la langue est bonne, pas de nausées, pas de nouveaux vomissements, pas de hoquet; le pouls a fléchi à 46 à la minute; la respiration reste régulière à 20, la température est de 38°2. Comme il n'a pas uriné, je le sonde, séance tenante, et je retire de la vessie une urine claire et limpide; je fais une injection d'éther de 1 gramme pour relever le cœur et le pouls; j'applique une vessie de glace sur le ventre et je prescris la diète absolue; je permets seulement quelques gorgées d'eau glacée pour calmer la soif.

Le lendemain matin 18, je retrouve Em... dans l'état suivant : il a eu, pendant la nuit, trois vomissements bilieux, et il vomit une quatrième fois de la bile au moment où j'arrive près de lui; le pouls qui, la veille, était à 46, est monté à 104 et est devenu petit et dépressible; la température, par contre, a baissé à 36°7; il y a là d'inquiétants phénomènes de dissociation; la pâleur est extrême, les muqueuses décolorées, la soif vive, les téguments froids, les extrémités glacées; le ventre est peu ou pas ballonné, il est plutôt dur et tendu; la percussion accuse de la submatité partout, excepté dans la région de l'estomac et de l'ombilic, qui reste sonore. En face de ces symptômes je songe à une hémorragie interne, et d'origine splénique probable, puisque le coup de pied a porté sur l'hypocondre gauche.

Je consulte de suite M. le médecin principal de 1re classe Darricarrère, médecin-chef de l'Hôpital du Dey, qui conseille, lui aussi, l'intervention immédiate. L'opération décidée est préparée et commencée à neuf heures et demie, après nous être préalablement entourés de toutes les précautions d'asepsie habituelles à la laparotomie. Après anesthésie par le chloroforme, que l'état du pouls ne paraissait pas contre-indiquer, je pratique en présence de M. le médecin-chef Darricarrère, et avec l'aide de M. le médecin-major Ecot, une incision sur la ligne médiane, allant de l'apophyse xiphoïde à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; le péritoine ouvert, un fort jet de sang noir fait irruption à travers la boutonnière péritonéale, qui est rapidement prolongée jusqu'aux limites de l'incision cutanéo-musculaire. Par la large fente abdominale ainsi faite, s'écoulent des flots de sang noirâtre qui inondent littéralement la table et les dalles de la salle d'opération. Le grand épiloon relevé, le paquet intestinal est reçu dans des linges chauffés et passés à l'étuve; puis nous cherchons à étancher le plus vite possible cette inondation hémorragique. Nous parvenons enfin après quelques minutes à assécher un peu la cavité abdominale, ce qui nous permet de distinguer les organes; je découvre alors une longue fissure

saignante le long du bord antérieur de la rate; portant ma main pour explorer l'organe, je constate qu'il existe sur la face externe un véritable éclatement dont les failles profondes se dirigent du côté de son hile ; c'est par ce large hiatus splénique que l'hémorragie continue à se faire. J'ai pu, sans grosse difficulté, en passant ma main droite au-dessus de la tête de la rate, sous la voûte diaphragmatique, l'énucléer de sa loge, sans avoir besoin d'une incision transversale de secours, et l'amener à travers la plaie opératoire, où, après l'avoir pédiculisée, j'ai lié à la soie, sectionné le pédicule entre deux clamps. La rate enlevée, j'ai constaté que, malgré la complète étanchéité du pédicule, du sang reparaissait au niveau de la loge splénique avec des filets rougeâtres. Mais il était temps de se hâter et de prendre de rapides décisions, car le pouls devenait misérable et était à peine perçu malgré une injection d'éther; l'intestin inspecté était intact, comme le faisait prévoir, du reste, l'absence de gaz et d'épanchements stercoraux dans la cavité abdominale; les vaisseaux mésentériques ne donnaient pas de sang; toutefois le mésocôlon, à l'angle du côlon transverse et du côlon descendant, était infiltré de caillots. Pensant que l'écoulement sanguin non tari pouvait provenir de quelque vaisseau du pancréas ou de l'épiploon pancréatico-splénique, je tamponnai la loge déshabitée de la rate avec deux longues lanières de gaze aseptique; puis, après avoir lavé la cavité abdominale avec de l'eau bouillie et salée, je la refermai avec deux plans de sutures, un plan de sutures profondes à la soie comprenant ensemble, pour gagner du temps, la séreuse, les muscles et l'aponévrose, et un plan de sutures superficielles avec le crin de Florence. Toute la plaie opératoire fut ainsi refermée, moins l'espace nécessaire au passage des chefs terminaux de mes deux lanières de gaze ; le pansement fut terminé avec de la gaze aseptique, des cotons étuvés et deux bandages de corps pour maintenir le tout.

L'opéré est ramené dans un lit bien chauffé et on lui fait une injection de 600 grammes de sérum artificiel. — Comme prescription de l'eau glacée tout simplement.

La rate enlevée était très volumineuse, large de 0m,13, longue de 0m,20, pesait 250 grammes, était couleur lie de vin, molle, friable, et présentait un peu l'aspect d'une rate paludéenne, bien que Em..., dont la famille habite Toulon, affirme n'avoir jamais eu de paludisme.

Sur sa face externe était un éclatement profond et étoilé, dont les stellations gagnaient la tête et la queue, le bord antérieur et le bord postérieur de l'organe, et dont le centre s'enfonçait du côté de son hile.

Le 18 au soir, température, 37°2; pouls, 116; respiration, 20; trois vomissements noirâtres.

Le 19 au matin, température, 36°; pouls, 116; respiration régulière, 20; deux vomissements de coloration noire. A un peu sommeillé pendant la nuit; n'a ni agitation, ni délire; n'accuse aucune douleur.

Soir, température, 37°4; pouls 120; respiration normale.

Le 20, au matin, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération, j'enlève le pansement qui est souillé par de la sérosité sanguinolente et je retire les deux lanières de gaze qui avaient servi à faire le tam-

ponnement. Je constate que l'hémorragie est arrêtée et qu'il n'existe aucune trace de péritonite. Le ventre est plat, non douloureux.

Je lave de nouveau la cavité abdominale avec de l'eau chaude bouillie et salée, et je la referme avec deux plans de sutures.

Puis, après cette nouvelle intervention, nous pratiquons une nouvelle injection de 350 grammes de sérum artificiel et une injection d'éther de 1 gramme.

Matin, température, 36°6; pouls, 120; respiration normale.

Soir, température, 37°2; pouls, 112; respiration normale.

Le soir du 20, il n'y a pas de vomissements, pas de selle; urines claires, facies pâle, non grippé. Langue assez bonne. Désire de la nourriture.

J'ai prescrit, pour la journée, un peu de lait glacé par cuillerées à café, et quelques tranches de mandarines.

21. — La nuit a été assez bonne, assez tranquille, malgré un sommeil très léger, mais ce matin il a de temps en temps du hoquet, hoquet qui disparaît avec quelques gouttes d'éther prises sur un morceau de sucre.

Il n'a ni nausées, ni vomissements. Le ventre reste indolore.

Je donne un peu de bouillon et de lait, et du thé aromatisé avec un peu de rhum.

Dans l'après-midi, il a une selle moulée.

Matin. Température, 36°9; pouls, 104; respiration, 20.

Soir. Température, 36°4; pouls, 104; respiration, 20.

22. — Peu de sommeil pendant la nuit. Ventre toujours aplati et indolent; ni hoquet, ni vomissements. Langue blanche, inappétence absolue.

Bouillon, lait, thé, café.

Frictions alcoolisées sur les membres pour stimuler la circulation et l'innervation périphérique.

Matin. Température, 37°; pouls, 104; respiration régulière.

Soir. Température, 36°8; pouls, 100; respiration régulière.

23. — Cette nuit, nouveau vomissement noirâtre; sensation douloureuse dans la région de l'estomac. Ce qui frappe, c'est l'amaigrissement extraordinaire de l'opéré. Amaigrissement tellement rapide qu'il arrive à l'émaciation, et que déjà commence une excoriation dans la région sacrée, malgré les soins de propreté dont il est entouré.

L'appétit est nul, la langue blanche et un peu sèche.

Même prescription.

Le soir, nouvelle selle normale.

Matin. Température, 36°3; pouls, 100; respiration, 22.

Soir. Température, 39°4; pouls, 104; respiration, 20.

24. — Cette nuit le malade a eu encore un vomissement noir et deux régurgitations. Il se plaint de douleurs vagues dans les membres, d'un peu d'hyperesthésie des téguments, il cherche une bonne position dans le lit; toutefois le ventre reste plat et non douloureux.

L'escarre, qui grandit un peu, est néanmoins pansée deux fois par jour avec des sachets de poudres antiseptiques (poudre de quinquina, de benjoin et poudre d'acide borique porphyrisée).

Matin. Température, 36°4; pouls, 108; respiration normale et régulière.

Soir. Température, 36°8; pouls, 116; respiration normale et régulière.

Café au lait, bouillon avec un peu de tapioca.

25. — Le facies est tiré, les yeux excavés, a l'apparence cadavérique; il accuse des douleurs vagues un peu partout. Un peu de hoquet, pas de vomissements, rien du côté de l'abdomen. Une selle normale. Nouvelle injection de sérum de 250 grammes. Potion de Todd.

Matin. Température, 36°; pouls, 120; respiration un peu irrégulière, 28.

Soir. Température, 39°6; pouls, 124; respiration un peu irrégulière, 30.

26. — Avec une température basse, le pouls augmente, devient irrégulier, inégal. Il existe aussi un peu d'agitation et, parfois, du subdélire. Ni hoquet, ni vomissements. Mais l'émaciation continue, et le rictus du visage est un rictus cadavérique.

L'escarre atteint la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Matin. Température, 36°2; pouls, 124; respiration un peu irrégulière à 26.

Soir. Température, 36°6; pouls, 140; respiration un peu irrégulière à 32.

27. — La température est tombée à 35°8 pendant que le pouls atteint 140, petit, misérable, irrégulier. Malgré une injection d'éther le matin, une potion de caféine le soir, malgré des bouillottes chaudes, le malade se refroidit de plus en plus, n'a que 35°5 le soir et s'éteint insensiblement le soir à 11 h. 1/2 sans la moindre réaction thermique, sans aucune manifestation de douleur ou de souffrance.

Autopsie. — Le cadavre est amaigri, émacié. Le ventre est aplati et même rétracté. La ligne de sutures de la peau ne présente pas la moindre trace d'inflammation, il en est de même de la suture profonde qui réunit l'aponévrose, les muscles et la séreuse.

L'abdomen ouvert, nous ne trouvons aucun épanchement sanguin, séreux, purulent ou putride. Le tablier épiploïque, rétracté à la hauteur du côlon transverse, est un peu grisâtre.

Les anses intestinales, de couleur gris rosé, sont libres, indépendantes, et sans aucune dilatation gazeuse, c'est-à-dire de calibre absolument normal.

En aucun point la cavité péritonéale et ses organes ne présentent d'adhérences ou d'exsudats inflammatoires.

Au niveau de la loge splénique, je recueille un caillot sanguin de couleur noirâtre, sans odeur, du volume d'un œuf de poule. Ce caillot enlevé, nous pouvons constater l'intégrité complète du diaphragme et des côtes.

L'estomac est un peu dilaté; il ne présente aucune trace de perforation et renferme 100 grammes environ d'un liquide bilieux et spumeux.

Nous trouvons des hémorragies sous-muqueuses abondantes qui

occupent toute la région afférente à la grosse tubérosité et s'étendent assez loin dans le sens de la grande courbure.

Le pancréas présente des points hémorragiques dans la région de la queue qui a été fortement contusionnée, et l'épiploon pancréatico-splénique est infiltré de sang.

L'intestin, gros et petit, n'est atteint d'aucune perforation ni même de menace de perforation sur un point quelconque de son trajet. Le mésocôlon transverse et le mésocôlon descendant sont infiltrés de sang au niveau surtout de leur angle de rencontre, c'est-à-dire au voisinage du foyer traumatique.

Le foie pèse 1.600 grammes, plus volumineux qu'à l'état normal, est ramolli, friable, a l'aspect du foie muscade (piqueté rouge noirâtre sur fond jaune) et a subi des altérations très nettes de dégénérescence graisseuse.

Les reins sont de volume et de poids normal; leur substance corticale est, comme le foie, jaunâtre.

La capsule surrénale et le rein gauche ont échappé à la contusion.

Les ganglions mésentériques sont très nombreux et très volumineux; ils s'étalent en chapelet dans le mésentère, atteignant, certains, la grosseur d'un haricot; ils sont de consistance molle et de couleur rosée.

La glande thyroïde, très volumineuse, pèse 60 grammes, engaine le larynx, descend jusqu'à la fourchette sternale, recouvrant la trachée. Sa consistance est assez ferme, sa couleur rose vif.

Les poumons sont normaux. Les ganglions du médiastin sont hypertrophiés, quelques-uns sont crétifiés.

Le cœur est de volume normal : il est gros. Ses fibres sont couleur feuille morte comme dans la dégénérescence graisseuse.

Squelette. Pas de fracture de côtes. La colonne vertébrale a un peu de scoliose dans sa portion thoracique.

M. Véron se demande si son opéré a succombé à la septicémie péritonéale, ou si, en tenant compte de l'examen *post mortem* des viscères, il ne s'agissait pas d'un sujet déjà profondément atteint et par conséquent dans de « mauvaises conditions de résistance vitale ». Il est certain que la rate était « friable, ramollie, hypertrophiée », que le foie était « volumineux et dégénéré », qu'il y avait une sorte « de leucémie spléno-ganglionnaire, et que la glande thyroïde était hypertrophiée », ainsi que les ganglions du médiastin, dont quelques-uns « étaient crétifiés ».

J'ajouterai que l'observation est prise en Algérie, où les lésions spléno-hépatiques sont fréquentes. Cependant je pense qu'il faut se garder de chercher trop loin les causes de la mort en pareil cas. Comme le dit très bien M. Véron, « les épanchements sanguins péritonéaux sont de fertiles milieux de culture, et un malade saigné à blanc par une formidable hémorragie (qu'il évalue à 3 litres) est peu disposé à faire la plus légère résistance à la moindre invasion microbienne ». Je laisse à chacun le soin

de conclure sur ce point en lisant les détails de l'observation et je veux seulement appeler l'attention sur quelques particularités intéressantes au point de vue pratique.

D'abord, on peut regretter que l'intervention n'ait pas eu lieu le jour de l'accident. Je ne critique en rien la conduite de M. Véron, car je sais trop bien à quelles difficultés on se heurte dans la pratique, quand il faut décider une intervention immédiate d'urgence. Mais je ne peux m'empêcher de faire remarquer que trois heures après l'accident le blessé examiné par M. Véron avait « la paroi abdominale rigide et contracturée ».

C'est bien là le signe sur lequel Jalaguier, Routier, après bien d'autres, ont appelé l'attention; c'est bien là ce que j'ai appelé « le ventre en bois », en soulignant avec insistance l'importance et la valeur de ce signe; c'est bien là cette « contracture généralisée » dont Hartmann (séance du 6 mars 1901) fait un signe pathognomonique de lésion viscérale, en ajoutant « qu'en présence d'une contusion de l'abdomen, en l'absence de tout autre symptôme, l'existence d'une contracture de la paroi, non limitée au point contus, devient l'indication d'une laparotomie immédiate ».

Le blessé de M. Véron était donc dès trois heures après son accident justiciable de la laparotomie, et il n'est pas douteux que vingt heures perdues en pareil cas sont de la plus haute importance.

Un second détail de l'observation de M. Véron va m'arrêter un instant. Avant de refermer l'abdomen, M. Véron a lavé la cavité abdominale avec de l'eau bouillie et salée. Et quarante-huit heures après l'opération il a pratiqué un nouveau lavage de la cavité abdominale par l'orifice résultant du passage des mèches de gaze. Je crois que personne ici ne se montrera partisan de cette manœuvre. Le lavage péritonéal doit être, à mon avis, réservé à quelques cas très rares d'infection généralisée du péritoine, mais je pense qu'il ne doit jamais être employé dans les inondations sanguines de la cavité abdominale.

Enfin j'insisterai encore sur un dernier point de cette observation. M. Véron a fait le premier jour une injection de 600 grammes de sérum sous la peau, puis deux jours après une injection de 350 grammes, et enfin six jours après une injection de 250 grammes. Et c'est tout. Or, je pense qu'en pareil cas ce n'est pas par grammes qu'il faut mesurer le sérum, c'est par litres. C'est après les hémorragies que triomphe surtout le sérum, mais le sérum à hautes doses. L'opéré de M. Lecène eut une injection *intraveineuse* d'un litre après son opération, et le lendemain deux litres de sérum furent injectés sous la peau. Et pour parler d'un opéré

qui a guéri, celui de M. Auvray a reçu *dans une veine* 2 litres 1/2 de sérum, et 1 litre 1/2 a été administré en plus par la voie sous-cutanée : et cela au cours de l'opération. L'appareil à injection intra-veineuse, dit M. Auvray, a fonctionné pendant toute la durée de l'opération. Avec ces 4 litres de sérum nous sommes loin, on le voit, des 600 et des 250 grammes dont parle M. Véron. C'est à mon avis une pratique qu'on ne saurait trop recommander. Je le répète, les injections massives de sérum trouvent surtout dans ces cas-là leur indication la plus formelle, et si je n'y insiste pas davantage c'est que nous sommes sans doute tous du même avis sur ce point.

J'ajouterai en terminant que le drainage à la gaze, sans tube de caoutchouc, me semble insuffisant. C'est un tamponnement plutôt qu'un drainage ; et ce qui le prouve bien, c'est que M. Véron a trouvé à l'autopsie un énorme caillot intra-abdominal. Le tube en caoutchouc me paraît indispensable pour assurer un bon drainage.

Le rapport très détaillé de M. Hartmann est trop récent (6 mars 1901) pour que je rappelle ici les préceptes qui doivent guider le chirurgien en présence d'une rupture traumatique de la rate. J'accepte complètement sa conclusion, que la splénectomie est la seule opération indiquée dans la rupture d'une rate saine, non adhérente. On ne saurait penser au tamponnement simple, à la cautérisation, à la suture, etc... que si la rate est grosse, malade, ramollie, largement adhérente, ou peu atteinte.

Je termine en proposant à la Société de Chirurgie de remercier M. Véron de son intéressante communication, et de déposer son mémoire dans nos archives.

M. Demoulin. — J'ai écouté, avec la plus grande attention, le très intéressant rapport de notre collègue M. Guinard.

J'ai été frappé de ce fait que, dans les deux observations qu'il vient d'analyser, les signes de l'hémorragie interne ne se sont montrés qu'au bout de vingt-quatre heures. Ceci a lieu de nous surprendre dans les ruptures d'un organe aussi vasculaire que l'est la rate.

Le 15 septembre 1895, je fus appelé, comme chirurgien de garde, dans le service de M. le professeur Tillaux, pour un homme de cinquante et un ans, entré dans les salles le 10 septembre, et chez lequel on avait constaté, à cette date, à la suite d'un coup de pied de cheval ayant porté sur la région latérale gauche du thorax, une fracture de la dixième côte. Le malade, en entrant à l'hôpital, était dans un état de choc assez prononcé, dont il se releva d'ailleurs rapidement.

Cinq jours après l'accident, sans cause appréciable, il présenta tous les signes d'une hémorragie interne. C'est alors que je fus appelé. Je fis la laparotomie et tombai sur une rupture de la rate. Le tiers inférieur de l'organe, complètement séparé des deux tiers supérieurs, flottait au milieu des anses intestinales. Les deux tiers supérieurs du viscère étaient en connexion avec le pédicule de l'organe, pédicule qui ne présentait aucune lésion appréciable.

La capsule splénique était trop grande pour la partie supérieure du viscère, elle formait, au niveau du plan de rupture du fragment supérieur, une sorte de sac cachant complètement ce plan, et contenant des caillots noirâtres, adhérents au tissu splénique.

Je ne voudrais pas généraliser à propos d'un fait isolé, mais je me demande si cette rétraction de la capsule, qui forme un capuchon dans lequel s'accumulent les caillots, n'est pas la cause d'une hémostase provisoire efficace, qui empêche l'apparition immédiate des signes de l'hémorragie interne.

Mon malade a succombé cinquante-sept heures après l'intervention, l'autopsie a montré les lésions d'une péritonite aiguë.

(L'observation de ce malade a été publiée dans la thèse de M. Vanverts, *De la splénectomie*, Paris, 1897.)

M. GUINARD. — M. Demoulin vient de nous faire une remarque très intéressante. M. Mauclaire avait déjà noté cette apparition tardive des signes de l'hémorragie interne et il l'expliquait par une hémorragie secondaire.

L'explication de M. Demoulin me satisfait davantage. Peut-être en effet y a-t-il une sorte de phimosis de la capsule de la rate, qui se remplit et qui s'ouvre secondairement.

Communication.

Note sur une variété de dégénérescence fibreuse du corps thyroïde.

par M. RICARD.

J'ai eu trois fois l'occasion d'intervenir pour une lésion toute particulière du corps thyroïde, lésion sur la nature de laquelle je ne suis pas encore fixé; je serais heureux d'avoir, à son sujet, l'avis de mes collègues.

A la fin de février dernier, je voyais dans mon cabinet M. P..., homme grand, solide, vigoureusement constitué et d'une bonne

santé habituelle. Son médecin me l'adressait pour une tumeur du corps thyroïde qu'il appelait *goitre osseux*, tellement la tumeur était dure au palper.

La tuméfaction occupait toute la partie gauche du cou; elle avait la forme normale d'un lobe thyroïdien augmenté de volume. Sa base, arrondie, descendait derrière la clavicule, et son sommet, plus effilé, se prolongeait comme une véritable corne, parallèlement aux vaisseaux carotidiens. Sur la ligne médiane, la tumeur s'arrêtait brusquement, avec une netteté remarquable; il eût été facile, avec une épingle, de limiter exactement le point où cessait la tuméfaction indurée et où commençait la glande saine.

La consistance était uniformément dure et régulière; c'était un véritable bloc dont toutefois la corne carotidienne et la limite médiane paraissaient plus dures encore et donnaient à s'y méprendre la sensation d'une tumeur osseuse.

La tumeur suivait la trachée pendant les mouvements de déglutition. Elle paraissait indépendante du sterno-mastoïdien. Elle se détachait aisément du plan osseux profond.

Le larynx et la trachée étaient repoussés à droite de 2 à 3 centimètres environ.

Le malade n'accusait aucune douleur, mais les troubles de sa voix, persistants depuis plus de deux mois, permettaient d'affirmer l'existence d'une paralysie des cordes vocales, par suite de la compression ou de la destruction du nerf récurrent gauche.

La respiration était devenue progressivement gênée. La marche rapide, la montée des escaliers devenaient pénibles, sinon impossibles. Dans les quinze jours qui avaient précédé la visite du malade, il y avait eu deux accès de suffocation qui avaient inquiété son entourage.

La déglutition était même devenue difficile, et le malade était obligé de soigner la mastication de ses aliments, et de diminuer le volume du bol alimentaire.

Me basant sur la dureté noueuse de la masse, sur son développement progressif, sur les phénomènes de compression trachéale, ainsi que sur la lésion du récurrent — ces deux dernières lésions étant d'autant plus dignes d'attention que le volume de la masse ne dépassait guère le volume du poing et qu'il devait s'agir d'un envahissement des tissus plutôt que d'une compression — je portai le diagnostic de *cancer thyroïdien*, et, étant donnés les troubles respiratoires et dyphagiques, je conseillai l'intervention chirurgicale, qui fut acceptée, non sans que la famille fût avertie de la gravité de l'acte opératoire,

L'opération eut lieu le 6 mars, chez les frères Saint-Jean-de-Dieu, avec l'assistance du Dr Guelpa et de deux de mes internes,

MM. Tesson et Sikora. Le malade fut facilement endormi au chloroforme. Une incision courbe descendit du milieu du bord postérieur du sterno-mastoïdien gauche, le long de la clavicule, pour traverser horizontalement la ligne médiane au niveau de la fourchette sternale jusque sur la clavicule du côté opposé. Le lambeau cutané fut disséqué; le sterno-mastoïdien, largement mis à nu, fut sectionné transversalement, et ses chefs repérés avec des pinces hémostatiques, le champ opératoire fut largement découvert. Le muscle omo-hyoïdien étalé à la surface de la tumeur y adhérait par places, mais cet envahissement était plus manifeste du côté des muscles sous-hyoïdiens, absolument confondus avec la masse morbide.

Il était évident dès lors que nous nous trouvions en présence d'une tumeur « non encapsulée » ainsi que nous l'avions bien prévu, que cette tumeur, qui avait englobé les muscles, devait avoir envahi la trachée comme le récurrent, et que ses rapports avec le paquet vasculo-nerveux du cou ne devaient pas être de simples rapports de contact.

Dès lors, le problème opératoire se précisait. Pouvait-on dégager la tumeur du paquet vasculo-nerveux, et en tenter l'extirpation, ou, au contraire, l'impossibilité d'aborder les vaisseaux devait-elle nous indiquer l'opération purement palliative de la trachéotomie?

Je me mis en devoir de chercher les vaisseaux lentement, à petits coups de bistouri. Les deux cas que j'avais vu précédemment, et analogues à celui-ci, me faisaient craindre que la jugulaire ne fût envahie, mais me faisaient espérer que la carotide serait respectée et énucléable de sa gangue néoplasique.

A la partie supérieure, près de la base du cou, je pus reconnaître la jugulaire encore distendue; à la partie inférieure un cordon aplati sortant de la tumeur et contenant un peu de sang veineux me parut être, avec raison, ce qui restait de la jugulaire interne. Des pinces ayant été placées sur les deux extrémités découvertes du vaisseau, j'en fis la section et me mis en devoir de rechercher, dans la tumeur, l'entrée et la sortie de la carotide. La tumeur avait la consistance du tissu fibreux ; elle était blanche, homogène, criait fortement sous le bistouri. A l'aide d'une dissection prudente, et par morcellements successifs, je pus découvrir, en haut, que l'émergence du tronc artériel se faisait hors la tumeur, juste au niveau de la bifurcation de la carotide primitive.

Restait à trouver le bout inférieur de la carotide, savoir s'il était accessible pour y porter une pince et une ligature, au cas où pendant le temps de dégagement de la carotide ce vaisseau viendrait à être blessé. Il était évident que la découverte de ce vaisseau, en sculptant le tissu induré de la tumeur, était périlleuse et qu'une

large plaie pouvait être faite aux parois de l'artère si celles-ci étaient adhérentes et confondues avec le tissu morbide. Il fallait donc de toute nécessité reconnaître l'origine de la carotide primitive. Cette découverte fut des plus délicates, car la tumeur descendait derrière la clavicule, plus bas que nous ne l'avions primitivement pensé. Nous eûmes besoin de faire abaisser fortement le bras, pendant qu'un aide érignait en haut la tumeur; je pus enfin apercevoir le tronc carotidien et le dégager.

Dès lors, la conduite devenait simple; j'essayai de libérer la carotide à son entrée dans la tumeur et de la suivre par la dissection; très rapidement, je constatai que les parois artérielles devenaient de plus en plus adhérentes et qu'elles se fusionnaient avec le tissu pathologique. Dès lors je n'hésitai plus, et ayant placé une pince sur la carotide primitive au-dessous du néoplasme, une autre pince immédiatement au-dessous de la bifurcation des carotide interne et carotide externe, je sectionnai le vaisseau et libérai ainsi la tumeur.

Restait le nerf pneumogastrique. Je pus le trouver émergeant en bas de la tumeur, mais se confondant bientôt avec elle. Je procédai alors comme pour la carotide. Je le recherchai en haut, au niveau de son entrée. Une pince fut mise sur lui, pour le tendre et faciliter sa section. Mais aussitôt, le malade fut pris d'accidents respiratoires graves : trois ou quatre respirations profondes et saccadées; puis après une dernière et brève respiration, le malade cessa de respirer. La pince fut immédiatement enlevée et, après quelques mouvements de respiration artificielle et de traction de la langue, la respiration se rétablit.

Je sectionnai alors le nerf rapidement au bistouri. Cette section ne s'accompagna d'aucune réaction respiratoire.

A la fin de l'opération, une des artères naissant de l'origine de la carotide externe ayant été sectionnée, la pince qui fut placée sur son orifice saisit encore le bout central du pneumogastrique sectionné et les mêmes accidents dyspnéiques se reproduisirent.

La tumeur était alors libre, en haut, en bas et en arrière. La partie antérieure avait été séparée de la portion saine de l'isthme thyroïdien; la tumeur ne tenait plus qu'à la partie interne du côté de la trachée et de l'œsophage. L'adhérence était intime, car il me fallut sculpter un à un les anneaux de la trachée, craignant à chaque instant de perforer les espaces intercartilagineux. La dissection de l'œsophage fut particulièrement laborieuse. Les fibres musculaires étaient envahies par la tumeur, et en maints endroits la muqueuse œsophagienne fut mise à nu, mais non perforée. Malgré toute mon attention, je ne pus voir le nerf récurrent. J'ai dit qu'un des premiers symptômes qui avaient inquiété le malade

avait été des troubles de phonation dus à une paralysie des cordes vocales. La dissection ultérieure de la tumeur ne me permit pas non plus de retrouver trace de ce nerf évidemment englobé et détruit par le processus pathologique.

Les muscles furent rapprochés par des surjets de catgut. Un drain fut placé à cause de l'exsudation sanguine et de l'impossibilité d'accoler parfaitement le plan cutané aux plans profonds, et, sauf au niveau du drain, un surjet continu au catgut ferma complètement l'incision cutanée.

Les suites opératoires furent des plus simples et absolument apyrétiques, ainsi qu'en témoigne le tracé thermométrique. Le sixième jour, je défis le large pansement qui protégeait la plaie. La partie externe de la région opératoire était bombée et légèrement tendue. Je décollai alors dans l'étendue d'un centimètre environ les bords de la suture, pensant à une collection sanguine. Mais j'eus la surprise de voir s'écouler un liquide blanchâtre, ayant l'aspect de lait très étendu d'eau; je pensai qu'au cours de cette opération, longue et accidentée, j'avais pu commettre quelque faute contre l'asepsie et je plaçai un petit drain debout.

Les jours suivants, rien de notable, si ce n'est que le drain médian donnait un suintement séro-sanguinolent abondant, au point que je craignis une éraillure de l'œsophage laissant passer la salive ou les liquides déglutis. Sauf cet écoulement persistant, tout se passait régulièrement. Cependant le malade perdait ses forces et maigrissait à vue d'œil.

L'écoulement continua à augmenter, traversant chaque jour le pansement et même inondant le lit du malade. Cet écoulement avait une odeur particulière, assez analogue à celle du sérum sanguin. Ce n'est que vers le quinzième jour que l'abondance de cet écoulement me fit penser qu'il s'agissait d'une blessure du canal thoracique. Je retirai alors le drain par lequel s'écoulait le liquide, j'appliquai sur son trajet et derrière la clavicule un pansement compressif énergique et méthodiquement placé, et j'eus le bonheur de voir immédiatement l'écoulement s'arrêter pour ne plus reparaître.

Depuis, le malade a repris sa vie habituelle; sa déglutition n'est pas troublée, ses forces sont complètement revenues, il n'a aucun trouble ni respiratoire, ni cardiaque. Seule persiste la paralysie des cordes vocales.

J'ai tenu à rapporter tout au long cette opération dans ses détails opératoires, parce que les faits publiés m'ont paru encore rares ; et cependant, c'est le troisième cas semblable que j'ai pu observer, et ces trois cas sont exactement superposables. C'est donc une entité morbide que j'ai eu à combattre, et j'étais telle-

ment convaincu de ce que j'allais rencontrer, que d'avance j'avais prévenu mes internes de l'aspect de la tumeur, de sa consistance uniformément dure, de son aspect blanc, homogène à la coupe, de sa densité qui la faisait crier sous le scalpel, que j'avais prévu la nécessité de réséquer la jugulaire et peut-être la carotide. Sur le premier malade que j'ai en effet opéré à l'Hôtel-Dieu, je fus amené à faire la suture latérale du tronc brachéo-céphalique veineux, et c'est à ce titre que j'en ai publié l'observation.

Qu'est-ce donc que cette tumeur thyroïdienne?

Son aspect, sa marche envahissante, sa diffusion, tout me faisait présumer une tumeur maligne. Or, voici ce que nous donne l'examen histologique, dû à M. Lecène, interne des hôpitaux, examen contrôlé et interprété par notre collègue, M. Brault, dont il n'est pas besoin de faire connaître la haute compétence en anatomie pathologique :

« Tumeur constituée uniquement par du tissu fibreux : les fibres l'emportent de beaucoup sur les cellules, — donc tissu fibreux adulte, — sauf en certains points où l'on rencontre des nodules de tissu conjonctif jeune, presque embryonnaire.

La carotide et le pneumogastrique sont intimement fusionnés avec la tumeur.

En aucun point, il n'y a trace d'épithélium thyroïdien ou autre.

Il ne s'agit donc pas d'un cancer proprement dit (carcinome très squirrheux), — ni d'une sclérose thyroïdienne, sorte de cirrhose glandulaire, — mais d'un *fibrome adulte* à évolution lente. »

Je ne me hasarde pas à discuter ce que peut avoir de bien fondé cette conclusion de notre collègue. Pour nous cliniciens, l'épithète de fibrome s'accole plus volontiers à une tumeur toujours encapsulée et d'allure plus bénigne. Ce qu'il y a de certain c'est qu'il s'agit d'une lésion thyroïdienne dans le cas actuel. La continuité directe avec le côté droit sain du corps thyroïde était évidente.

La tumeur avait bien pris les lieu et place du corps thyroïde, envahissant la carotide, la jugulaire, le pneumogastrique, le récurrent, la trachée et l'œsophage. La tumeur s'était substituée au corps thyroïde, dont elle avait détruit l'élément glandulaire.

Cette lésion du corps thyroïde a fait l'objet de communications de Riedel, publiées en 1896-1897 dans les *Comptes rendus de la Société allemande de chirurgie*, elle a été étudiée par M. Tailhefer sous le nom d'inflammation chronique primitive « cancériforme » de la glande thyroïde dans un mémoire publié dans la *Revue de chirurgie* de 1898. L'observation que je rapporte est calquée sur celles qui sont analysées dans le mémoire ci-dessus : « tuméfaction thyroïdienne très dure, indolore, non délimitable, envahissant la

gaine des vaisseaux du cou, adhérente aux plans profonds, respectant la peau qui est saine », etc.

Au point de vue anatomo-pathologique, même identité : « cette lésion est caractérisée par une dureté extrême que Riedel compare à celle du fer. Elle envahit quelquefois la gaine des vaisseaux carotidiens jusqu'à la base du crâne. La dissection de ces vaisseaux est absolument impossible. Le nerf récurrent est englobé dans le tissu malade qui adhère aussi à la trachée et au larynx », etc. Au point de vue microscopique, la lésion est constituée par du tissu fibreux adulte ; le plus souvent, il n'y a plus de vésicules thyroïdiennes, etc.

Je trouve dans le Bulletin de la Société anatomique, sous le nom de tumeur fibreuse du cou, l'observation d'une malade de M. Poirier. Elle est absolument superposable à mes observations. Même dureté, même homogénéité de la tumeur, même adhérence aux vaisseaux, même structure de fibrome pur, et, cependant, le corps thyroïde ne paraît pas être en question. Je compte que notre collègue Poirier viendra à cette tribune nous donner des détails complémentaires pour infirmer ou confirmer mon opinion.

Grâce à la netteté des signes cliniques, il est possible, il est facile même, de faire le diagnostic de cette dégénérescence fibreuse du corps thyroïde. Il n'est que trop facile également d'en poser le pronostic fatal lorsque surviennent les troubles graves et progressifs de compression.

Reste la question du traitement. Ici je m'inscris absolument contre les conclusions de M. Tailhefer, conclusions basées sur un cas emprunté à la pratique de M. Jeannel (de Toulouse) et sur différentes observations de Riedel où l'opération ne put être achevée à cause de l'adhérence aux vaisseaux.

M. Tailhefer déclare l'extirpation totale impossible et conseille la trachéotomie et la gastrostomie pour obvier aux phénomènes de compression.

Nos conclusions seront tout autres, et instruits des dangers et des difficultés de l'opération radicale, nous dirons qu'en présence d'une dégénérescence fibreuse du corps thyroïde, facilement reconnaissable à ses signes cliniques, il est urgent de tenter l'extirpation de la glande malade avant qu'un état trop avancé de l'affection ait rendu impossible l'exérèse totale.

Il est illogique d'attendre pour intervenir que des lésions destructives ou compressives aient rendu l'acte opératoire trop difficile ou trop dangereux, et l'étude des cas publiés, jointe à l'examen de mes cas personnels, me porte à recommander une opération hâtive.

Présentations de malades.

Deux rhinoplasties par la méthode indienne chez des vieillards de plus de soixante-dix ans.

M. Quénu. — Je présente deux exemples de rhinoplastie par la méthode indienne, non pour la nouveauté du fait, mais parce que ces opérations ont été pratiquées chez des vieillards de soixante-dix et soixante-treize ans, dont la peau frontale était de médiocre qualité. Le résultat n'en a pas moins été excellent.

Dans le premier cas, l'autoplastie a été faite pour combler une perte de substance, résultant de l'ablation d'un épithélioma étendu du dos du nez. L'autoplastie a suivi immédiatement l'exérèse du cancroïde.

Dans le deuxième cas, l'autoplastie a été secondaire. Le malade, âgé de soixante-dix ans, avait subi il y a dix-huit mois l'ablation d'un épithélioma du nez (1).

Au moment de l'entrée du malade à Cochin, toute la partie supérieure du nez était coupée comme à la guillotine, y compris les os propres du nez; les fosses nasales sont ouvertes, et il ne reste du nez que les ailes et le lobule. A travers la perte de substance on aperçoit au milieu la cloison de chaque côté des fentes nasales et l'extrémité antérieure des cornets.

Opération le 3 juin. Un lambeau frontal oblique fut taillé avec un pédicule sourcilier et rabattu sur la perte de substance.

Les suites ont été des plus simples, et la réunion parfaite.

Rupture traumatique de l'urètre.

M. Walther. — Le malade que je vous présente est un homme de trente-trois ans, vigoureux, charbonnier de son état, qui, le 4 juin, à 9 heures du soir, rentrant dans son bateau, glissa sur la passerelle et tomba à califourchon sur le bord du bateau.

Il entra le lendemain 5 juin, à 11 heures, dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, avec tous les signes de la rupture grave de l'urètre. La tumeur périnéale était énorme, l'infiltration sanguine considérable avait gagné les bourses, la verge, la paroi abdominale.

(1) Opération faite à l'hôpital d'Argentan.

J'intervins immédiatement, quatorze heures par conséquent après l'accident. A l'ouverture du foyer périnéal, très vaste, après avoir évacué les caillots, je constatai une rupture complète de l'urètre, au niveau de la partie antérieure du bulbe. Les deux bouts étaient écartés de 4 centimètres. Après avoir passé une sonde en gomme dans le bout antérieur, puis, après quelques tâtonnements, dans le bout postérieur, et avoir évacué 750 grammes d'urine claire, je fis la suture en plusieurs plans : 1° suture de la muqueuse urétrale avec un peu de tissu spongieux, par dix points séparés de catgut n° 0; 2° suture du corps spongieux par sept points séparés de catgut n° 1; 3° suture au catgut n° 1 des débris du bulbo-caverneux dont je pus retrouver les deux extrémités. La peau fut ensuite suturée au crin de Florence et je plaçai un drain pour éviter la formation d'un hématome.

La sonde à demeure fut fixée par le procédé de Dittel, et j'y ajoutai un long tube de caoutchouc pour faire un drainage permanent de la vessie.

Le 7 juin, le drain périnéal fut retiré.

Le 11, on enleva la sonde à demeure, le malade urinait bien, sans douleur, le jet d'urine était normal.

Le 14 juin, les fils cutanés furent enlevés.

Le 19 juin, j'explorai l'urètre, et passai sans difficulté une sonde de gomme n° 15.

Le 22, je passai une série de bougies Béniqué du n° 30 au n° 37, sans percevoir de rétrécissement. Au début seulement, un léger ressaut, qui disparut aux dernières bougies.

Le 24, je fis une nouvelle séance, allant du n° 36 au n° 46. L'urètre est souple, le cathétérisme facile, non douloureux.

C'est donc là un nouvel exemple de l'excellent résultat que donne la suture de l'urètre pour la rupture traumatique.

Mais le point sur lequel je désire appeler votre attention a trait au mécanisme de la rupture.

Voici en effet la lésion exceptionnelle que j'ai constatée au cours de l'opération.

La rupture, je l'ai dit, portait sur la moitié antérieure du bulbe; elle était absolument transversale. Mais sur le segment postérieur, à 2 ou 3 millimètres en arrière de la section, existait une perte de substance elliptique longue de 3 à 4 millimètres, à grand axe oblique en bas et en arrière, à bords amincis, écrasés, et qui, en remettant les deux bouts sectionnés au contact, correspondait au bord de la branche ischio-pubienne gauche. Je n'ai pas suturé isolément cette perte de substance; je l'ai, par une incision de la languette de tissu qui la séparait de la section transversale, réunie à cette section de façon à avoir un large orifice oblique à suturer,

ce qui pouvait encore parer d'une façon plus efficace au rétrécissement possible de la suture circulaire.

Il semble donc qu'il y ait eu ici deux modes distincts d'action du traumatisme et les lésions correspondent exactement à ce que nous savons du mécanisme qui a été si discuté de ces ruptures. Il semble aujourd'hui démontré que la rupture portant sur la moitié postérieure du bulbe se produit par l'enclavement du corps contondant entre les branches ischio-pubiennes, et par l'écrasement de l'urètre contre une de ces branches. Nous trouvons ici une plaie contuse précisément en face de la branche ischio-pubienne, à grand axe correspondant à la direction de l'os.

On admet aussi que les ruptures portant sur la partie antérieure du bulbe sont produites par l'écrasement de l'urètre sous l'arcade pubienne, et chez notre blessé, la section semblait bien correspondre en effet à ce point. Il est certain que le premier acte a été la déchirure latérale par frôlement contre la branche ischio-pubienne, car on ne saurait comprendre la production de cette déchirure après la section transversale; tout l'effort du traumatisme a ensuite porté sur l'arcade pubienne, pour y rompre complètement l'urètre dans un mouvement de projection du bassin en avant.

M. Legueu. — J'ai présenté ici un cas de rupture complète de l'urèthre, dans lequel j'ai dû, pour trouver le bout postérieur, faire le cathétérisme rétrograde. L'urèthre fut ensuite suturé. Il y eut une réunion primitive, et l'opéré a conservé un calibre de son canal absolument parfait.

M. Routier. — C'est la conduite à tenir; dans ces mêmes conditions j'ai suturé aussi un canal rompu dans une chute à califourchon sur le montant d'une échelle et mon opéré a admirablement guéri, en conservant un canal très libre. Par prudence, je lui fais passer tous les mois une bougie dilatatrice, voilà huit ans depuis l'accident.

M. Peyrot. — Cette question ne se discute même plus. Chacun de nous possède au moins quatre ou cinq cas de sutures guéries de l'urèthre. Ce qui fait l'intérêt de la communication de M. Walther, c'est l'étude de la double rupture présentée par son malade.

M. Walther. — Je n'ai pas présenté ce malade à la Société comme un cas exceptionnel de succès de réunion de l'urètre. Je connaissais l'observation que vient de citer mon ami M. Legueu et qui est aussi, je crois, un des deux cas qu'il a communiqués à la section de chirurgie urinaire du Congrès international. La suture

de l'urètre pour rupture traumatique n'est pas chose nouvelle, puisque l'observation de John Birkett remonte à 1866. De nombreux cas, dix-huit ou dix-neuf, ont été réunis par Noguès dans sa thèse, et bien d'autres observations vous ont été présentées. Je ne fais qu'apporter une nouvelle observation qui confirme l'excellence des résultats que donne cette suture.

Il est un point dont je n'ai pas parlé. La réunion des téguments a été discutée, et dans sa thèse récente M. Zadoc montre les bons effets de la suture de l'urètre seul, sans réunion des téguments, méthode de choix pour la résection des rétrécissements infectés. Ici j'ai fait la réunion des téguments avec drainage rapidement supprimé.

Mais je ne vous ai fait cette présentation que pour l'intérêt qu'offrent les lésions que j'ai rencontrées et que je crois tout à fait exceptionnelles et de nature à éclairer le mécanisme de la production de ces ruptures de la portion bulbaire de l'urètre.

Arthrite blennorragique gonococcique.

M. Morestin présente une malade qui était atteinte d'arthrite blennorragique du genou et qu'il a traitée par une arthrectomie. — M. Richelot, rapporteur.

Présentations de pièces.

Résection du cæcum (5 juin 1901).

M. Chaput. — Pour compléter ma communication du 5 juin dernier, je dois dire que M. le professeur Cornil a bien voulu faire l'examen histologique du cæcum que je vous avais présenté. Il a trouvé des tubercules et des cellules géantes dans les ganglions attenants à la tumeur, dans la musculeuse très épaissie, dans la sous-muqueuse et dans la muqueuse. Cette dernière présentait en outre une prolifération conjonctive importante avec destruction partielle des glandes. Le malade est actuellement complètement guéri.

Énorme bourse séreuse polykystique, hémorragique, développée sur un Hallux valgus. Ablation. Résection de la tête métatarsienne. Ténopexie.

M. Chaput. — Il s'agit d'un malade de cinquante-huit ans, présentant au niveau du premier métatarsien une énorme tumeur dont le début remonte à trente ans; à cette époque, il s'aperçut de la saillie d'une petite tumeur, d'un oignon, au niveau de la tête du premier métatarsien.

La tumeur resta à peu près stationnaire jusqu'à il y a dix ans; elle s'accrut alors considérablement et nécessita des chaussures spéciales.

Il y a quelques jours, la tumeur s'est perforée et du sang brunâtre s'est écoulé par un petit orifice; la perforation a été tout à fait indolore.

A l'examen, on constate une tuméfaction considérable sur la moitié interne du dos du pied; cette tumeur mesure environ 12 centimètres de long sur 8 de large et 5 à 6 d'épaisseur; elle paraît développée dans l'épaisseur du premier métatarsien, qui semble très augmenté de volume.

La tumeur est molle et fluctuante, et a plusieurs loges dans la portion sous-cutanée. Elle paraît avoir une base osseuse formée par le premier métatarsien, très augmenté de volume. Un sang couleur chocolat s'écoule par deux petites perforations situées en avant. Le gros orteil est fortement dévié en dehors.

La tumeur est indolente, la marche seule est pénible. On diagnostique tumeur du premier métatarsien, probablement enchondrosarcome.

Le 15 *juin* 1901, anesthésie lombaire (1 centigramme et demi de cocaïne). Analgésie parfaite.

Je fais une incision dorsale rappelant celle pour l'ablation de deux métatarsiens à la fois, avec cette différence que, en avant, elle n'embrasse que la base du gros orteil; je dissèque la peau recouvrant la tumeur, puis je sépare celle-ci des parties profondes; elle se laisse enlever complètement, sans intéresser l'os sous-jacent.

Je résèque la tête du premier métatarsien, qui est très déformée; constatant que le tendon extenseur de l'orteil a tendance à attirer celui-ci en dehors, je fixe ce tendon plus en dedans à l'aide de trois catguts passés dans les parties fibreuses du dos du pied.

Je suture les parties fibreuses internes de la première phalange du gros orteil à la partie correspondante du premier métatarsien.

Suture cutanée. Contre-ouverture dorsale. Drainage avec une mèche iodoformée.

Réunion immédiate, malgré un sphacèle partiel du gros orteil qui a été incisé circulairement et à fond à sa base et a ainsi perdu ses moyens de nutrition.

Examen des pièces. — La tête du premier métatarsien est volumineuse ; sa surface cartilagineuse regarde en avant et en dehors ; il existe une crête osseuse à la partie interne de la surface articulaire.

Bourse séreuse. — La tumeur mesure 10 à 12 centimètres de long sur 8 de large. Elle est kystique. Ses parois sont fibreuses et très épaisses ; elle est creusée de cinq à six loges principales, communiquant les unes avec les autres et contenant soit du sang chocolat, soit des caillots anciens organisés. Il s'agit en somme d'une bourse séreuse très ancienne, très volumineuse, à parois très épaisses, polykystique, à contenu hémorragique, qui a probablement subi des altérations analogues à celles des vaginalités chroniques.

M. Paul Poirier. — J'ai vu un hygroma de la même région, qui avait les dimensions d'un œuf de poule et dont les parois indurées simulaient une tumeur.

Diastasis de la colonne vertébrale. Élongation et destruction de la moelle. Présentation de la pièce (moelle).

M. Monod. — Je complète d'un mot la communication que j'ai faite dans une séance précédente sur un cas de diastasis de la colonne vertébrale avec élongation de la moelle, suivie de paralysie immédiate et de mort prompte.

L'examen de la moelle avait été réservé. Malheureusement, les liquides conservateurs dans lesquels la pièce a été gardée, n'ont pas suffisamment fixé les éléments de la partie lésée.

Il nous a été seulement possible de constater que la moelle, la dure-mère ouverte, n'avait pas été rompue, mais que sur une grande étendue elle était comme dissociée, à tel point qu'elle s'est effritée en fragments multiples tombant au fond du vase où elle avait été placée. Dans ces conditions, un examen histologique a été impossible.

Le Secrétaire annuel,
Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1901

Présidence de M. Reclus



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Deux travaux de M. le Dr Girard, médecin de la marine : L'un d'eux à trait à *un cas de fracture postéro-antérieure de la base du crâne, consécutive à une chute sur la région occipitale.* L'autre est intitulé : *Sur un cas de mort rapide par diastasis violent de la colonne cervicale et élongation de la moelle sans rupture.* Ces deux travaux sont renvoyés à une Commission : M. Gérard Marchant, rapporteur.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

M. Tuffier. — Dans la dernière séance, j'ai manqué à mes devoirs de rapporteur en omettant de vous demander d'adresser des remerciements à M. Letoux pour son intéressante communication, et de l'inscrire parmi les candidats au titre de membre correspondant de la Société.

A propos du procès-verbal.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, c'est avec infiniment de regret que je me vois forcé de revenir sur le traitement du prolapsus rectal par la résection de la muqueuse.

Dans le rapport que j'ai fait ici il y a quinze jours, j'ai attribué la priorité de cette opération à M. Delorme. Dans la dernière

séance, M. Delorme est revenu lui-même sur cette priorité qui n'était pas alors en discussion.

Or, M. Juvarra m'a informé hier par dépêche que sa première opération avait été pratiquée non pas, comme je l'ai dit, en 1899, mais bien en 1896.

J'ai donc fait une erreur et j'ai le devoir de la réparer à cette tribune même où je l'ai commise.

Laissez-moi vous dire comment cette erreur a pu se glisser dans mon rapport, quelle part de responsabilité revient à M. Juvarra et quelle part à moi-même.

Dans son mémoire, M. Juvarra dit qu'il a vu son premier malade en septembre, sans spécifier l'année. Son envoi étant de mai 1900, j'ai pensé qu'il s'agissait de septembre 1899, je l'ai pensé d'autant plus facilement sans doute qu'il m'était agréable d'attribuer à notre collègue M. Delorme la priorité d'une opération à laquelle il attache une grande importance. M. Juvarra avait oublié d'écrire à quelle année appartenait ce mois de septembre, et c'est là ce qui constitue sa part de responsabilité.

Voici maintenant la mienne. A la fin de sa première observation, M. Juvarra a écrit : « J'ai eu l'occasion de revoir cet homme deux ans après ». Ceci, M. Delorme pourra le constater lui-même, car le désir qu'il a si catégoriquement exprimé dans la dernière séance étant parfaitement d'accord avec le règlement et avec nos habitudes, le mémoire de M. Juvarra est déposé dans nos archives.

Il est bien certain que du mois de septembre 1899 au mois de mai 1900, *il n'y a pas deux ans!* Mais en reculant la date de l'opération de M. Juvarra jusqu'en 1898, je ne trouvais pas encore deux ans, aussi, toujours poussé par le désir d'être agréable à notre collègue, j'ai pensé que M. Juvarra avait fait un lapsus en écrivant deux ans ; et dans mon rapport j'ai dit que le malade avait été suivi, sans spécifier pendant combien de temps.

J'ai eu tort, Messieurs, doublement tort de faire aussi bon marché de la phrase où M. Juvarra déclare qu'il a revu son malade deux ans après l'opération. M. Juvarra a raison de me rappeler à l'ordre, et je manquerais à mon devoir de rapporteur si je ne lui donnais pas acte de sa réclamation, si je ne réparais pas l'erreur que j'ai commise à son détriment, si je ne faisais pas imprimer dans nos Bulletins qu'il a exécuté sa première opération en septembre 1896, c'est-à-dire deux ans avant M. Delorme.

M. Delorme. — Si M. Juvarra (de Bucarest) *a publié* ses observations avant que j'aie *publié* les miennes, il a des raisons pour faire valoir ses droits à une priorité, mais il a à fournir la preuve incontestable de cette publication antérieure. Ma communication

académique du 8 mai 1900 est antérieure à l'envoi du mémoire de M. Juvarra à la Société de Chirurgie. Cette communication académique reproduite par la *Presse médicale* est elle-même postérieure à une communication faite à la Société de Chirurgie lors de la présentation de mon premier opéré guéri.

Qu'il me soit permis, enfin, de rappeler encore une fois que ce sont mes deux importantes communications à l'Académie de médecine et à la Société de Chirurgie, que ce sont mes succès contrôlés par mes collègues de l'Académie et par vous-même qui ont attiré rigoureusement l'attention sur cette opération.

M. Poirier. — La question est des plus faciles à trancher : la tradition et le bon sens sont d'accord pour reconnaître la priorité à celui qui, le premier, a fait une publication sur l'objet en litige. C'est le cas, je crois, pour M. Delorme, à moins que les bulletins de la Société de Chirurgie de Bucarest ou toute autre publication n'aient mentionné un procédé analogue au sien qui a été publié dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* et dans notre bulletin.

M. Delbet. — Il ne s'agit pas de diminuer le mérite de M. Delorme. M. Delorme et M. Juvarra ont travaillé loin l'un de l'autre, et sont arrivés au même résultat. — Il y avait une question de date en litige, et c'était pour moi un devoir impérieux de mettre bien les faits en lumière.

M. Reclus. — Ces questions de priorité ont été bien souvent soulevées à la Société de Chirurgie, et j'entends encore Verneuil proclamer que le rôle prépondérant, l'argument de premier ordre en pareille discussion, c'est la publication, c'est la chose écrite, qui, dans l'espèce, appartient à M. Delorme.

Rapports.

Rachicocaïnisation suivie de mort, par M. le Dr Prouff (de Morlaix).

Rapport de M. A. BROCA.

Il est intéressant, quand une méthode comme la rachicocaïnisation est à ses débuts, d'enregistrer avec soin les échecs auxquels elle expose : c'est la seule manière, en dressant un bilan complet, de la comparer avec fruit aux autres méthodes d'anesthésie avec

lesquelles on la fait aujourd'hui entrer en parallèle. Voici donc le cas malheureux dont M. Prouff nous a fait part.

Une femme de soixante-deux ans s'était fait à la plante du pied, avec un clou du parquet, une petite plaie au niveau de la tête du 3e métatarsien. Après cicatrisation, la région continua d'être douloureuse, en sorte que la malade se persuada qu'il était resté un corps étranger, et, malgré une radiographie négative, elle exigea qu'on y allât voir. Elle vint donc à l'hôpital le 3 juin, à 8 heures du matin, pour subir cette petite opération.

Comme le dit fort bien M. Prouff, une cocaïnisation locale aurait suffi ; mais la malade était atteinte en outre d'une ancienne arthrite coxo-fémorale bilatérale sur laquelle M. Prouff voulut se renseigner grâce à l'anesthésie. Aussi se résolut-il à la rachicocaïnisation, et il injecta au lieu d'élection, « lentement, avec les précautions d'usage », le contenu « d'une ampoule Carrion de 1 centimètre cube à 1 p. 100 », après avoir laissé écouler du liquide céphalo-rachidien parfaitement clair. Cette ampoule datait de deux mois environ et avait été conservée dans sa boîte. Elle était d'une limpidité parfaite.

Voici maintenant, pour la suite, l'observation textuelle de M. Prouff.

Au bout de quinze minutes environ, le pied étant aseptisé, je fis, au niveau de la cicatrice laissée par la pointe, une petite incision cruciale et explorai à loisir la région, car la malade ne sentait rien. Il n'y avait pas de corps étranger.

A ma grande surprise, car jusqu'alors les rachicocaïnisations me donnaient des malaises plus précoces, la petite opération était terminée et Mme G... n'éprouvait ni chaleur, ni angoisse, ni vomissements, etc. En revanche, elle fut tout heureuse de constater qu'elle marchait avec une facilité inaccoutumée, sans même avoir besoin de la canne. Et, en effet, les mouvements imprimés ou volontaires étaient devenus beaucoup plus étendus, du fait de l'analgésie. Rapidement, par le palper et l'auscultation, je constatai que l'articulation coxo-fémorale était très sèche, et engageai la malade à rentrer aussitôt chez elle, à 200 mètres à peine de la table d'opération, à se coucher et à ne pas s'inquiéter si elle éprouvait quelques malaises.

Jusqu'à 20 mètres de sa maison, tout alla très bien. Mme G... s'apprêtait à étonner ses voisins par la facilité de son allure. Mais, à ce moment, elle se sentit faible, et dut se faire aider à monter ses deux étages. On la mit sur son lit, et personne ne s'inquiéta.

Vers 1 heure pourtant, — quatre heures environ après l'injection, — ses cris étaient tellement forts, les douleurs lombaires si épouvantables, qu'un voisin vint me chercher. Je le rassurai, lui disant que c'était toujours comme ça. On revint à 2 heures, puis à 3 heures. Je n'étais plus tout à fait tranquille. Enfin, à 4 heures — sept heures après

l'injection — je constatai une pâleur un peu livide de la face, avec agitation et angoisse extrêmes. Le pouls était petit, rapide, facile à compter pourtant. Les cris étaient terribles. C'était des reins surtout qu'elle se plaignait. Je fis lever la malade, et, soutenue assez fortement par un voisin et moi, elle put faire, sans menace de syncope, le tour de la table. Puis, on la recoucha, et de nouveau, je rassurai tout le monde : « C'est pénible assurément, très pénible même, mais ça ne durera plus longtemps, et ça finit toujours bien. »

A 4 heures du matin, le 4 juin, dix-neuf heures après l'injection, elle était morte, criant épouvantablement presque jusqu'à la dernière heure.

J'avais été absent toute la soirée. On n'était pas venu, du reste, me chercher après ma visite de 4 heures. Les renseignements que j'ai pu avoir n'ont aucune valeur. Je ne sais donc pas exactement de quelle façon Mme G... est morte, mais elle est morte.

Dans cette observation, il y a évidemment un fait que l'on peut reprocher à M. Prouff : avoir fait lever la malade trop tôt après l'opération. Et M. Prouff est le premier à le reconnaître : car le décès ayant eu lieu le 3 juin, il m'envoyait l'observation le 4 juin. Le 5 juin, il lisait le compte rendu de notre séance, et il m'écrivait dès le 6 juin :

« Je viens de lire le compte rendu de la séance de la Société de Chirurgie du 29 mai. Kirmisson et Reclus ont eu des paroles sévères pour les imprudents ou les ignorants qui laissent marcher leurs malades après cocaïnisation. J'ai regretté profondément de n'avoir pas connu plus tôt ce danger. Le malheur dont j'ai été cause ne serait peut-être pas arrivé. Il paraît tout de même que ce danger n'était pas de notoriété si grande, puisqu'un homme comme Walther (1) l'ignorait. Et puis, est-ce que c'est vraiment d'avoir fait, une heure environ après l'injection, 200 mètres à pied qui a pu provoquer la catastrophe?

« Que, d'ailleurs, je sois taxé d'imprudence ou d'ignorance, il n'importe. Si vous pensez que mon malheur puisse en éviter d'autres, faites-le connaître; c'est dans ce but que je vous ai adressé mon observation que connaissent déjà tous mes confrères des environs. »

C'est cette dernière phrase seulement que je veux retenir. Je ne juge pas une méthode dont je n'ai aucune expérience personnelle, mais je sais que M. Prouff est parmi les plus distingués des méde-

(1) Il y a une erreur de compte rendu. La malade a été soignée consécutivement par Walther, mais elle avait été opérée dans le service de M. Legueu.

cins de province, et nous devons le remercier d'attirer l'attention sur un accident dont il est malheureusement l'auteur et de mettre ses confrères en garde en leur montrant bien qu'il faut avoir pour cette anesthésie, comme pour toutes les autres, un certain degré de méfiance.

M. Nélaton. — Je vous donnerai dans quelques jours une observation d'accidents très graves survenus après une rachi-cocaïnisation et qui cependant ne semblent pas imputables à la méthode elle-même, mais à l'impureté de la solution de cocaïne. Comme ce fait est encore douteux, je vous demande à remettre à plus tard toutes les remarques et les développements qu'il comporte.

M. Rochard. — Réfléchissant aux accidents de la rachicocaïnisation, je me suis demandé si on ne mettait pas sur le compte de l'idiosyncrasie des troubles qui pourraient être imputés à l'impureté du médicament et, en causant avec mon pharmacien de la provenance et de la préparation de la cocaïne qui nous est donnée dans les hôpitaux, nous en avons conclu qu'il serait peut-être utile de la purifier. C'est ce qui a été réalisé en faisant dissoudre le chlorhydrate de cocaïne dans l'alcool absolu et en le précipitant ensuite par l'éther sec.

La cocaïne ainsi traitée contenait des impuretés, car les pesées, avant et après purification, ont donné une diminution d'un quart de la substance.

Parmi ces impuretés, il est un corps qui s'appelle l'*ecgonine*, qui serait de l'acide carbonique tropine et qui aurait des points de contact avec l'atropine de la belladone. Dans la feuille de coca qui sert à la préparation de la cocaïne, cette ecgonine se trouve en assez grande quantité et combinée avec les acides benzoïque et cinnamique, et il se peut qu'elle entre pour une part dans la production des accidents de la rachicocaïnisation.

Je n'ai pratiqué que trois rachicocaïnisations avec cette cocaïne purifiée : la première fois pour extirper un sac herniaire tuberculeux avec tuberculose péritonéale concomitante ; la deuxième pour une appendicite à froid et la troisième pour une extirpation d'hémorroïdes. Seul mon opéré d'appendicite a eu de la céphalée, qui a même duré plus de douze heures et une trépidation des membres inférieurs pendant l'opération ; les deux autres malades n'ont pas eu l'ombre d'un accident. Je ne cite ces trois cas que parce que chacun apporte les siens et ne veux en rien conclure ; mais j'ai cru, néanmoins, qu'il était utile d'appeler l'attention de mes collègues sur la nécessité de purifier un produit qui, vu son prix très élevé, doit tenter les sophistiqueurs.

M. Kirmisson. — Je demande à poser deux questions, l'une à M. Nélaton, l'autre à M. Broca. M. Prouff a-t-il fait l'autopsie de son opérée? — En quoi ont consisté les accidents dont nous a parlé M. Nélaton? Y a-t-il eu cas de mort?

M. Broca. — L'autopsie n'a pas été faite.

M. Nélaton. — La malade n'est pas morte, mais elle a traversé des accidents très graves. Pendant trois heures, on dut faire la respiration artificielle, puis plus tard des injections sous-cutanées de caféine. Notre angoisse fut extrême pendant dix-huit heures.

M. Chaput. — L'observation de M. Prouff n'a aucune valeur contre la cocaïne parce qu'elle est incomplète et que la technique suivie a été défectueuse.

On a fait lever la malade deux fois après l'opération; une première fois on lui a fait faire 200 mètres à pied; une seconde fois, après avoir eu déjà des accidents, on lui a fait faire le tour de la table; cette manière de faire est très défectueuse et elle suffit à elle seule à frapper de nullité l'observation précédente.

Ajoutons que l'absence de nécropsie est une autre lacune très considérable.

Quand on veut juger une méthode à l'étude, on ne doit verser aux débats que des observations claires, démonstratives et dans lesquelles la technique a été parfaite.

Relativement aux accidents consécutifs à la rachicocaïnisation, je dirai que j'ai fait après MM. Ravaut et Guinard plusieurs fois la ponction évacuatrice tardive contre des céphalées persistantes et contre des accidents d'étouffement d'ailleurs légers; ces ponctions m'ont donné des résultats excellents et immédiats.

J'ai fait samedi dernier une ablation du sein à la cocaïne lombaire, injection de 3 centig. 1/2; l'anesthésie a été parfaite; immédiatement après l'opération, j'ai pratiqué une ponction évacuatrice de 7 centimètres cubes pour prévenir les accidents cocaïniques post-opératoires; la malade n'a eu aucun accident consécutif. J'ai l'intention de continuer dans cette voie, d'autant plus que la ponction permet d'évacuer une partie de la cocaïne non encore absorbée.

M. Guinard. — J'ai la bonne fortune de pouvoir étudier, dans mon service de la maison Dubois, la rachicocaïnisation avec l'assistance indispensable d'un bactériologiste de premier ordre, M. Ravaut, et d'un interne laborieux et avisé, M. Aubourg. Il est clair que la centrifugation, la cryoscopie, l'isotonie du liquide céphalo-rachidien ne me sont pas plus familières qu'à la plupart

d'entre vous, et sans l'aide de ces précieux collaborateurs je n'aurais assurément pas pu préciser tous les détails qui ont déjà été en partie publiés dans leur mémoire récent à la Société de Biologie.

Ces recherches ont porté sur une vingtaine de malades, et les résultats ont été tellement superposables que je les considère comme absolument constants.

Je rappelle que l'examen a été fait par M. Ravaut sur du liquide céphalo-rachidien retiré par de nouvelles ponctions, quatre à cinq heures, puis quatre à cinq jours, puis douze à quinze jours après la rachicocaïnisation.

Un premier fait saisissant est le suivant : le liquide obtenu par une ponction faite quatre ou cinq heures après l'injection première est trouble et laisse déposer un culot de pus sanguinolent ; il y a en outre un coagulum fibrineux, comme dans un liquide pleurétique.

L'examen sur plaques et l'ensemencement ont montré qu'il n'y avait pas trace d'infection, et que le liquide restait parfaitement aseptique, ce qui m'a satisfait pleinement au point de vue de ma technique. Il n'en est pas moins vrai qu'après l'injection de cocaïne dans le sac arachnoïdo-pie-mérien, il se fait une véritable pluie diapédétique d'éléments polynucléaires et de lymphocytes venant évidemment des vaisseaux de la pie-mère. Au bout de quelques jours, une nouvelle ponction montre que le liquide s'est éclairci et que les polynucléaires sont bien moins nombreux, alors que les lymphocytes dominent. Enfin une ponction au quinzième jour a toujours montré un liquide clair, normal, ne contenant plus aucun élément figuré.

Il me semble facile d'interpréter ces faits bien mis en lumière par MM. Ravaut et Aubourg dans mon service.

Toute injection de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien provoque un mouvement de défense plus ou moins intense du côté de la pie-mère qui protège les centres nerveux : et ce mouvement se traduit par cette pluie de polynucléaires et de lymphocytes dont je parlais plus haut, et même par une exsudation de fibrine quand la réaction est plus intense. Cela explique bien tous les phénomènes consécutifs qu'on a décrits sous le nom impropre de méningisme. C'est en somme de la méningite aseptique, ou, pour être tout à fait précis, de la *congestion de la pie-mère.* Et les examens ultérieurs de M. Ravaut, montrant que cette congestion pie-mérienne ne laisse pas de traces après quinze jours, cela explique bien comment le sujet dont M. Walther a commenté ici l'observation, a été guéri de ses accidents méningés progressive-

ment en douze jours, et a pu quitter l'hôpital au bout de quinze jours.

Le second fait à mettre en lumière dans les examens de MM. Ravaut et Aubourg, c'est que les accidents consécutifs à la rachicocaïnisation, la céphalée, l'hyperthermie, les vomissements, etc..., sont d'autant plus intenses que la réaction individuelle, c'est-à-dire que le processus défensif de diapédèse a été plus marqué. En d'autres termes, si le malade présente un minimum de céphalée, de vomissements, etc..., on trouve très peu de polynucléaires dans le liquide; et inversement lorsque la céphalée et l'hyperthermie par exemple sont intenses, une nouvelle ponction ramène un liquide très trouble, fibrineux, et en hypertension. Le liquide sort en jet en pareil cas, alors qu'à la première ponction, il coulait en bavant, goutte à goutte.

Pour modérer dans la mesure du possible l'intensité de ce processus défensif cause des accidents, je me suis arrêté à une technique dont M. Cadol parle dans sa thèse, sans citer d'observation où il l'ait vu appliquer.

Technique. — Je recueille dans un petit récipient stérilisé deux centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien (ce qui répond à cinquante gouttes de liquide céphalo-rachidien). Avec un compte-gouttes calibré à un millimètre, je laisse tomber dans ce liquide quatre gouttes d'une solution de cocaïne titrée à un centigramme pour deux gouttes : j'aspire alors ce mélange dans la seringue, et je l'injecte dans le sac arachnoïdo-pie-mérien.

Il me semble que cette technique est logique, et satisfait l'esprit. On injecte ainsi un liquide organique qui réunit des conditions de température et d'isotonie, utiles, sinon indispensables.

Est-ce à cette technique que je le dois? Je n'ose l'affirmer; mais, en vérité, je peux dire que je ne vois jamais ces accidents de céphalée, etc..., qui ont suffi pour que quelques-uns de nos collègues abandonnent la rachicocaïnisation. Il est vrai que je n'en suis encore qu'à une cinquantaine d'observations.

A propos des ponctions que M. Chaput fait après ses opérations pour prévenir la céphalée, etc..., je signalerai un fait intéressant : avant de me servir de la solution concentrée et de réinjecter le liquide céphalo-rachidien utilisé comme véhicule, il y a eu dans mon service quelques cas de céphalée intense. J'ai dit plus haut que je ne les ai pas vus : cela tient à ce que mon interne M. Aubourg a toujours pu faire disparaître cette céphalée avant mon arrivée à l'hôpital le lendemain; — et cela en faisant une nouvelle ponction : et, chose à retenir, il faut en pareil cas soustraire une quantité considérable de liquide : seize et même vingt centimètres

cubes ; *à mesure que le liquide s'écoule, le malade se sent soulagé*, et on ne retire l'aiguille que lorsque la céphalée a à peu près disparu.

Je réserve donc la ponction ultérieure au « traitement de la céphalée », et je la crois inutile comme préventif. Il me paraît bien inutile de faire à *tous* les malades une ponction destinée à prévenir des accidents qu'ils n'auront qu'exceptionnellement.

En résumé :

I. — Les études minutieuses, patientes et précises de MM. Ravaut et Aubourg, montrent que toute injection dans le sac arachnoïdo-pie-mérien provoque dans les vaisseaux méningés un mouvement de défense (une vaso-dilatation sans doute), qui s'accompagne d'une pluie diapédétique d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien avec hypertension. Plus ce processus défensif est intense (susceptibilité individuelle), plus la céphalée, l'hyperthermie, etc..., sont prononcées.

II. — Notre technique, consistant à employer comme véhicule de la cocaïne le liquide céphalo-rachidien lui-même, me paraît se rapprocher logiquement de l'idéal, qui est d'introduire dans le sac un minimum d'éléments étrangers.

M. SEGOND — Le rapport de M. Broca remet la question de la rachicocaïnisation à l'ordre du jour. Voilà pourquoi, sans avoir la prétention d'émettre une opinion personnelle sur la méthode, puisque je n'ai pratiqué que quatre fois ce procédé d'anesthésie, je tiens cependant à verser aux débat ces quatre observations.

La première observation concerne une jeune femme qui avait besoin d'un coup de curette dans le tibia pour une lésion osseuse limitée. L'anesthésie lombaire fut suivie de mal à la tête, et pendant l'opération je fus extrêmement gêné par une trépidation incessante des membres, ce qui fit que l'opération, qui aurait dû demander 10 minutes, dura une grande demi-heure.

La deuxième malade devait subir une petite opération gynécologique. — Bien que l'interne qui pratiquait l'anesthésie lombaire fût très expert en pareille matière, il ne put pénétrer dans le canal rachidien. Tout se borna à une simple ponction qui ne fut pas suivie d'injection, et j'eus recours au chloroforme.

Pendant quatre jours cette malade eut des maux de tête épouvantables, pour lesquels je n'ai pas pratiqué, bien entendu, la ponction évacuatrice que nous conseillait tout à l'heure M. Chaput.

Troisième cas. — Il s'agit d'un homme déjà opéré dans un autre service par la rachicocaïnisation, et auquel je dus pratiquer une autoplastie du scrotum. Il subit la rachicocaïnisation, l'anes-

thésie fut complète, mais mon opération fut singulièrement allongée par un tremblement extrême des membres que présenta le malade.

Dans ma dernière observation, il s'agit d'un homme nerveux, impressionnable, qui était atteint de rétrécissement du rectum. — La ponction et l'injection furent parfaitement faites, mais dès le début je fus frappé de la pâleur extrême du malade, de son agitation que je n'arrivais pas à calmer par mes bonnes paroles, et surtout d'un tremblement qui nécessita le maintien forcé des pieds et des jambes par des aides. L'opération fut singulièrement allongée, puisqu'elle dura une heure. Mais à peine avais-je quitté l'hôpital, que cet opéré était pris d'une angoisse extrême, et de midi à 10 heures du soir il resta pâle, son corps couvert de sueur, avec un pouls imperceptible.

Mes débuts dans la rachicocaïnisation ne sont pas, vous le voyez, très encourageants, et, jusqu'à plus ample informé, il est probable que je m'en tiendrai là.

M. Chaput. — Mon ami M. Guinard vient de déclarer que mes ponctions préventives étaient inutiles; il a peut-être raison, mais son opinion n'est pas établie par des arguments décisifs; il est même possible qu'il ait tort. Quoi qu'il en soit, jusqu'à ce que l'inutilité de la ponction préventive soit établie je continuerai à la faire, afin de pouvoir constituer ces preuves décisives qui nous manquent encore.

Un argument important en faveur de cette ponction préventive, c'est qu'il est très gênant d'avoir à enlever un pansement de laparotomie ou de cure radicale de hernie pour faire la ponction tardive. En outre, il vaut encore mieux pratiquer soi-même cette petite opération, que de la laisser faire par d'autres personnes.

Mon ami M. Segond vient de nous parler d'une ponction impossible; je dois dire que depuis le 1er mars j'ai fait plus de 100 ponctions et que je n'ai jamais échoué; dans quelques cas je n'ai pas pu passer entre les vertèbres, ou bien après avoir pénétré profondément le liquide ne sortait pas; j'ai alors fait une autre ponction dans l'espace situé au-dessus et j'ai réussi toutes les fois.

M. Segond vient de nous raconter l'histoire d'une malade chez laquelle l'injection de cocaïne n'a pas été faite, et qui n'en a pas moins eu un violent mal de tête; cette observation prouve tout au moins que la cocaïne est innocente de beaucoup d'accidents qu'on lui attribue, et qui souvent ne dépendent que de l'état nerveux des malades.

M. Segond nous signale encore l'agitation violente de quelques-uns de ses malades; cela ne m'étonne pas; j'ai eu des phénomènes

analogues dans mes premières anesthésies lombaires, et il en sera presque toujours de même dans les cas du début.

Il faut en effet, pour supprimer ces accidents, agir sur le moral des malades, et prendre certaines précautions.

Le malade doit avoir une confiance absolue dans la méthode lombaire, et pour cela rien ne vaut mieux que la présence dans la salle de nombreux malades qui ont expérimenté la méthode, et qui rassurent beaucoup mieux le patient que les discours du chirurgien.

Le chirurgien, de son côté, doit rassurer le malade, et lui annoncer ce qui va se produire, et le prévenir des fourmillements, des vomissements possibles et de la persistance de la sensibilité tactile.

Quant aux précautions à prendre, j'administre à mes malades, une heure avant l'opération, 60 grammes de potion de Todd additionnée de 25 gouttes de teinture de digitale et de 20 grammes de sirop de morphine. Le Todd et la digitale excitent le cœur, et la morphine calme l'agitation et l'angoisse cocaïnique d'une manière très nette. J'applique aussi une ligature élastique à la base du cou, et j'injecte à la cuisse 500 ou 1.000 grammes de sérum artificiel. Si, au cours de l'opération, le malade est agité, je fais une injection de morphine; s'il pâlit, j'injecte de la caféine et du sérum.

M. Walther. — Je suis absolument de l'avis de M. Guinard.

Je vous avais il y a quelque temps relaté l'observation d'une jeune femme qui était entrée dans mon service quatre jours après avoir reçu une injection intra-rachidienne de cocaïne et qui présentait des accidents d'origine méningée : décubitus latéral, flexion des membres inférieurs, abolition des réflexes, rachialgie et céphalalgie intenses, accidents qui ne se sont dissipés qu'au bout d'une dizaine de jours. Je vous disais alors que ces accidents, auxquels on pouvait appliquer le terme vague et indéterminé de méningisme, me semblaient se rapporter à une irritation, peut-être à une lésion méningée, sans qu'il y eût évidemment de méningite septique.

Aussi ai-je lu avec grand intérêt la communication de M. Ravaut à la Société de Biologie. Il est certain que cette hypertension du liquide céphalo-rachidien, cette pluie de leucocytes succédant à l'irritation des méninges, explique très clairement les accidents que j'ai observés, et qui ne peuvent être mis sur le compte de la station debout et de la marche, capables de provoquer des vertiges, des troubles immédiats, mais non cette réaction méningée persistante.

M. Poirier. — Il n'est pas du tout exact de dire que l'injection

sous-arachnoïdienne est très facile et qu'on la réussit toujours. Je vous ai rapporté ici les résultats de mes cinquante premiers cas : deux fois j'ai échoué, n'ayant pu faire pénétrer ma canule dans le canal rachidien. J'ai recherché sur quelques cadavres les raisons de l'échec et j'ai constaté : que sur certaines colonnes, l'interstice médian entre les lames était réduit à une fente filiforme ; que sur d'autres, des ossifications exubérantes des lames ou des apophyses épineuses pouvaient rendre impossible l'introduction de la canule. Evidemment, ce sont là des faits excepnels, dont il ne faut point tirer argument contre la méthode.

Sur celle-ci je vous ai dit mon impression : je pense *actuellement* qu'il faut la réserver à des cas exceptionnels, car il n'est pas sûr qu'elle ne comporte pas des dangers égaux à ceux du chloroforme et elle nous livre des patients moins passifs que celui-ci.

En effet, il y a bien des idiosyncrasies : comme les réactions post-opératoires, les résultats au point de vue de l'anesthésie sont variables. Tel offre une anesthésie complète, tandis que tel autre accuse une certaine sensibilité et gigote ; il en va de même du tremblement qui, nul dans certains cas, est très prononcé et gênant dans d'autres. Je puis citer deux cas dans lesquels une instillation nasale de cocaïne et une injection intra-gingivale ont été suivies d'accidents très inquiétants. D'autre part, j'ai rencontré deux malades sur lesquels l'injection, faite dans l'espace sous-arachnoïdien, n'a été suivie d'aucune anesthésie.

M. Segond. — Je veux bien croire que, notre expérience grandissant, on arrivera à diminuer les accidents dus à cette méthode ; mais des deux moyens que M. Chaput vient de nous indiquer, à savoir, *Potion de Todd avec morphine et digitale, et confiance aveugle dans le chirurgien*, il en est tout au moins un très contestable. C'est le dernier.

Comme Gérard Marchant le faisait spirituellement remarquer il y a quelques jours, la confiance des gens que nous avons guéris ou soulagés est pour nous tous monnaie courante. Or, je puis l'affirmer à mon ami M. Chaput, la confiance de mes quatre malades ne laissait rien à désirer ; l'émoi n'est donc pas ici à incriminer.

M. Reclus. — Il me semble impossible de nier l'*idiosyncrasie* — mot qui cache toutes nos ignorances — dans les cas si fréquents où la même solution de cocaïne amène, chez un rachicocaïnisé, des accidents graves, tandis que, chez un autre, elle ne produit que de très légers troubles physiologiques. Il serait donc injuste et illogique d'attribuer à des impuretés de l'alcaloïde tous les accidents provoqués par l'injection lombaire.

Ces impuretés existent-elles d'ordinaire; ou du moins sont-elles fréquentes? Je ne le pense pas, et, tout en reconnaissant que la moelle épinière doit être un réactif autrement sensible que les téguments, je puis affirmer que depuis quinze ans que j'injecte de la cocaïne dans les tissus, je n'ai jamais provoqué d'accidents qui aient pu me faire croire à la pénétration dans l'organisme de poisons aussi subtiles que ceux dont M. Rochard nous faisait l'énumération. Or, n'oubliez pas que mon expérience a pour base plus de 7.000 opérations.

M. Guinard a dit, à propos du malade de M. Walther, que si notre collègue avait fait une ponction évacuatrice, la céphalée et le méningisme auraient disparu. — Il y a donc du *méningisme*? Et sur ce chapitre, notre collègue Tuffier, qui m'a un peu malmené, dit reconnaître, au nombre des observations déjà publiées, que ce vocable n'a pas été imaginé seulement pour épouvanter les novices de la rachicocaïnisation. — Chez un des deux malades dont j'ai rapporté l'histoire et qui avait eu des céphalées atroces, sur le conseil du professeur Dieulafoy, le Dr Griffon fit une ponction dans le canal rachidien, et celle-ci n'amena aucune modification dans l'état du malade.

Un mot en terminant sur le manuel opératoire. J'ai personnellement abandonné la rachicocaïnisation à cause des accidents qu'elle peut provoquer; néanmoins, pour un malade atteint d'un sarcome du bassin qui le faisait affreusement souffrir, je pensai qu'une cocaïnisation intra-méningée était indiquée, et ce n'est qu'à la cinquième ponction que mon initiateur, qui a pourtant une grande expérience, put pénétrer dans le canal médullaire.

M. Guinard. — Mon ami Chaput s'est mépris quand il a cru que je voulais parler de priorité. Je me garderai comme du feu de ce genre de discussion qui me paraît oiseux et vain. Ses ponctions préventives sont en somme justifiées, puisque notre pharmacien en chef, M. Gosselin, a pu trouver de la cocaïne dans le liquide céphalo-rachien, cinq heures après l'injection. La ponction enlève, en somme, une cocaïne superflue.

J'ai dit seulement qu'il me paraît inutile de faire une ponction pour prévenir un accident — la céphalée — qui ne se produit que par exception; il est temps de faire la ponction quand la céphalée se montre, et mon interne, M. Aubourg, agit ainsi et fait disparaître la céphalée quand elle apparaît. Aussi ai-je pu dire que je n'ai jamais vu de céphalée intense chez mes malades, parce que la plupart n'en ont pas et parce que ceux qui en ont eu dans les heures qui suivent l'opération ont été guéris par la ponction de mon interne et n'ont plus rien quand je les revois le lendemain

Un mot aussi sur la technique de la ponction. Je crois que personne ne peut se vanter « d'entrer toujours du premier coup » dans le canal rachidien. Il m'est arrivé plusieurs fois de ne pouvoir entrer : en pareil cas, j'ai passé la main et un de mes internes, MM. Gadaud et Aubourg, entrait avec la plus grande facilité. Inversement, MM. Aubourg et Ravaut ont eu certain soir la plus grande difficulté à pénétrer dans un canal rachidien que j'avais trouvé le matin même « du premier coup ». Il y a là un petit point délicat, et je me garderais de dire qu'il n'y a pas là une certaine difficulté qui pourra, dans une certaine mesure, nuire à la diffusion de la méthode.

Enfin, puisqu'on a parlé des injections épidurales, qui sont une tout autre affaire, je dirai que je n'en ai pas obtenu tous les services que j'avais cru pouvoir en retirer. J'avais pensé qu'après les grandes laparotomies, une injection de cocaïne par la voie sacrée supprimerait les douleurs que nous calmons pendant les deux ou trois premiers jours avec des injections de morphine. Il n'en a rien été. J'ai essayé aussi de soulager ainsi des malheureuses atteintes de cancer utérin inopérable très douloureux : je n'ai obtenu aucune sédation, même en diluant ma solution et en injectant 30 et 40 centimètres cubes d'eau contenant 2 centigrammes de cocaïne.

Je crois donc que ces injections épidurales ne sont utiles que médicalement, pour l'introduction dans l'économie de certains médicaments, ou pour calmer momentanément certaines douleurs irradiées dans les membres inférieurs.

M. Rochard. — Je n'ai jamais nié l'idiosyncrasie de certains sujets pour la cocaïne ; j'ai dit qu'en cherchant à faire la part de ce qui appartenait et à l'idiosyncrasie et à la pureté de la cocaïne, j'en étais arrivé à cette conclusion qu'il était utile de purifier à nouveau ce médicament dans nos services avant d'en faire usage pour la rachicocaïnisation.

Je répondrai de plus à M. Reclus qu'on ne peut pas comparer les effets d'une cocaïne impure injectée dans le liquide céphalo-rachidien avec ceux de la même substance injectée dans le tissu cellulaire. M. Guinard vient, en effet, de nous montrer qu'à côté des effets toxiques produits par le médicament lui-même, il y a dans le fait de l'introduire dans le canal rachidien une défense cellulaire telle qu'elle trouble la statique de l'axe cérébro-spinal, en produisant une hypertension du liquide céphalo-rachidien.

M. Schwartz. — Depuis ma dernière communication dans cette enceinte, j'ai employé vingt fois la rachicocaïnisation. Je n'ai pas

eu un seul accident; c'est peut-être une série heureuse, j'en conviens.

Je n'ai employé ni les moyens de M. Guinard ni les précautions de M. Chaput.

La cocaïne dont je me sers est celle de M. Hallion.

Comparez cette série sans accidents à la première que je vous avais présentée !

M. Chaput. — Je voudrais faire remarquer à notre cher président que dans son cas où il a fait une ponction évacuatrice, sans faire cesser le mal de tête, l'évacuation n'a pas été suffisante ; ce n'est pas 1 ou 2 centimètres cubes qu'il faut évacuer, mais 10 ou 20.

Mon ami M. Poirier, parlant de la sensibilité de certaines personnes à la cocaïne, a cité deux cas d'opération nasale et un cas d'opération sur les gencives.

Je ferai, à ce propos, une première remarque ; d'abord les rhinologistes emploient des solutions très concentrées, au moins à 5 p. 100; parfois ils mélangent pour l'œil de la cocaïne en poudre dans un peu d'eau et font alors des solutions à 25 ou 50 p. 100. De plus, ils en introduisent d'assez grandes quantités dans le nez, soit sur des tampons, soit en instillations ; le liquide tombe dans le pharynx, il est absorbé, il y a alors introduction de doses énormes de cocaïne dans l'économie.

D'autre part, les rhinologistes et les dentistes commettent constamment deux fautes considérables ; la première consiste à opérer les malades assis ou demi-couchés ; la seconde, à les faire lever et marcher immédiatement après l'opération ; et le professeur hypocondriaque de M. Poirier était bien sur ses pieds quand il a été pris d'accidents graves sur un pont !

M. Tuffier. — Je ne m'attendais pas à ce que la rachicocaïnisation revînt si tôt en discussion ; mais je suis heureux de trouver une fois de plus l'occasion de formuler mon opinion sur les incertitudes et les accidents qu'on reproche à la méthode.

Des faits nouveaux ont d'ailleurs été signalés et étudiés, qui méritent qu'on revienne sur cette question : ce sont d'abord ceux de MM. Ravaut et Aubourg que M. Guinard nous rappelait tout à l'heure ; ce sont ensuite ceux que MM. Guinard et Chaput ont observés, l'un à la suite de sa ponction secondaire, l'autre de sa ponction préventive ; c'est enfin le cas de mort que vient de nous rapporter M. Broca. Quant aux autres critiques formulées dans cette séance, j'en ai déjà fait justice : et si j'y reviens, c'est parce qu'on ne saurait trop défendre une méthode encore à ses débuts dont

on ne nie pas les avantages, mais dont on grossit beaucoup trop les inconvénients.

Je procéderai dans mon argumentation en suivant la marche même que j'avais adoptée lors de notre première discussion et j'envisagerai successivement les faits qui ont trait à la *physiologie pathologique*, *à la technique*, *aux accidents* de la rachicocaïnisation.

I. — Les faits rapportés par MM. Ravaut et Aubourg, le 15 juin dernier, à la Société de Biologie, sont très intéressants pour la *physiologie pathologique* de la rachicocaïnisation : je ne vois pas bien cependant qu'ils aient une grande importance pratique. Que la cocaïne soit la cause des phénomènes inflammatoires exsudatifs et diapédétiques constatés par ces auteurs, je ne le nie point; mais sont-ils bien en droit de conclure que la céphalée est la manifestation clinique de ces modifications? J'ai peine à admettre qu'il faille attribuer à cette réaction, comme M. Guinard, Walther et Reclus ne semblent pas éloignés de le croire, les phénomènes méningitiques intenses observés dans le cas de M. Walther. Avant MM. Ravaut et Aubourg j'avais pensé à rechercher la réaction des méninges à la suite de la rachicocaïnisation et j'avais prié M. Sicard de s'occuper de cette question. Les premiers résultats ont été négatifs et j'avoue que si je n'ai pas continué c'est qu'il m'était réellement pénible de soumettre mes malades aux ponctions répétées nécessitées par l'expérimentation. Depuis j'ai pu cependant vérifier l'exactitude des faits observés par MM. Ravaut et Aubourg.

II. — En ce qui concerne la *technique*, je crois que les *ponctions frustes* sont possibles, et j'en ai donné les raisons : anomalies ou déformation de la colonne vertébrale, anomalies du cul-de-sac dure-mérien, déviation, obturation de l'aiguille, etc. Dans le premier cas nous ne pouvons rien; dans le second j'ai dit ce qu'il fallait faire, et je n'y reviendrai point.

Quant aux *injections frustes* de cocaïne, telles que M. Poirier en a observé un exemple, il faut les attribuer uniquement à un accident, sinon à une faute de technique, ou à l'emploi d'une cocaïne altérée. Je ne crois pas en effet à l'existence d'une idiosyncrasie totale à l'égard de la cocaïne : jamais je ne l'ai observée.

Enfin, en ce qui concerne les *injections isotoniques* de M. Guinard, injections d'une solution instantanée de cocaïne faite dans une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien maintenu à une température de 38 degrés, je les considère non comme un perfectionnement, mais comme une complication de la méthode. Il y a longtemps que je les ai essayées; elles ne m'ont pas donné de résultats meilleurs ni au point de vue de l'anesthésie ni au point de vue des accidents consécutifs. Elles compliquent la méthode

par toutes les manipulations qu'elles nécessitent et qui peuvent donner lieu à des fautes d'asepsie dont les conséquences peuvent être redoutables.

III. Il me reste à envisager les *accidents de la rachicocaïnisation*, récemment ou de nouveau signalés, ainsi que les moyens qu'on a préconisés pour les supprimer.

De ces accidents nous ne connaissons encore que les accidents *immédiats*, survenant sur la table d'opération même ou dans les heures ou les jours qui suivent l'injection.

Les accidents immédiats sont, dans l'immense majorité des cas, *bénins*; du moins les ai-je toujours vus tels. Ce sont : les nausées, les vomissements, les tremblements, la pâleur de la face avec sueurs froides et angoisse, la défécation involontaire, la petitesse et la fréquence du pouls, l'élévation de température, et par-dessus tout la céphalée qui est parfois très intense. J'ai dit que l'ensemble de ces troubles, qui peut effrayer de prime abord, quand on n'y est pas habitué, rappelle de fort près le mal de mer et ne doit pas nous alarmer davantage. Aussi ai-je pris l'habitude de renoncer à toute médication destinée à prévenir ces troubles ou à les atténuer, ayant remarqué depuis longtemps que le meilleur traitement consistait encore dans le calme et dans l'isolement, avec, dans les cas de céphalée intense, l'application de compresses d'eau glacée sur le front. Et je ne saurais me résoudre, étant donnée la facilité avec laquelle ces accidents s'atténuent et disparaissent, ni à faire les ponctions copieuses, les véritables saignées de liquide céphalo-rachidien préconisées par MM. Guinard et Chaput, ni même à administrer à mes malades la potion que ce dernier donne aux siens. J'approuve les recherches dans ce sens, mais des conclusions seraient prématurées.

Comme *accidents graves*, M. Walther a signalé ceux qu'il avait observés chez sa malade et à l'occasion desquels il a prononcé le mot de méningisme, n'osant pas prononcer celui de méningite qui hantait son esprit. Il semble, à la vérité, qu'il y ait eu là une réaction violente du côté des méninges, mais M. Guinard nous a dit que cette réaction, qui est habituelle, quoique beaucoup moins intense, était une réaction aseptique et, de ce fait, je ne puis la croire, jusqu'à nouvel ordre, bien dangereuse; comment expliquer autrement le rétablissement relativement rapide de la malade de M. Walther? En tout cas, le fait d'avoir laissé partir cette femme aussitôt après l'injection est une lourde faute qui n'est peut-être pas étrangère aux accidents qui ont suivi, et nous ne saurions trop mettre en garde contre une pareille manière de faire.

J'ai repris ici et critiqué l'un après l'autre les *cas de mort* que M. Reclus attribuait à la méthode; celui de M. Broca n'est pas

moins critiquable. Nous ne savons pas exactement dans quelles conditions l'injection a été pratiquée, et, surtout, il manque à cette observation le contrôle de l'autopsie qui seule pouvait nous fixer sur la nature des lésions qui ont occasionné la mort des sujets.

En réalité, je n'ai assisté qu'à une alerte vraiment sérieuse, celle dont M. Nélaton nous a entretenus tout à l'heure : il s'agissait d'accidents dyspnéiques intenses avec pouls fréquent et filiforme, accidents dus manifestement à une action inhibitoire de la cocaïne sur le bulbe. Ici, nous possédons un remède énergique dont, à maintes reprises, j'ai pu juger l'efficacité sur les animaux : c'est la respiration artificielle. Elle réussit infailliblement chez les animaux.

Je conclus. La rachicocaïnisation, faite suivant la technique que j'ai réglée, est une méthode d'anesthésie qui expose rarement à des échecs. Les accidents auxquels elle donne parfois lieu sont, dans l'immense majorité des cas, des accidents bénins qui disparaissent spontanément sans laisser de traces et sans nécessiter de médication spéciale. Il peut survenir des accidents graves ; je ne les nie point ; mais leur nombre a été exagéré et, en tout cas, ils ne sont certes ni plus graves ni plus nombreux que ceux de l'anesthésie générale par l'éther ou par le chloroforme. Quant aux accidents mortels, ils sont également possibles ; je demande seulement qu'on me prouve qu'ils sont imputables à la méthode et non à l'opérateur, et surtout qu'on veuille bien les mettre dans la balance avec les morts immédiates et les éloignées attribuables au chloroforme ou à l'éther.

M. Poirier. — Tuffier a tort de ne pas croire que j'aie fait l'injection dans l'espace sous-arachnoïdien ; je puis lui affirmer que j'avais eu soin de m'assurer que l'extrémité de ma canule n'avait pas bougé. De plus, il n'est pas logique en disant qu'une injection sous-arachnoïdienne sera toujours suivie d'anesthésie ; je vous ai rapporté deux cas dans lesquels l'injection, bien portée dans le tissu de la méninge molle, ne détermina pas la plus légère anesthésie.

Un de ces malades était atteint de maladie de Friedreich, ce qui peut expliquer l'absence de la réaction ; pour l'autre cas, je ne puis accuser qu'une disposition particulière. Etant donné que la même dose provoque des effets différents suivant les individus, très marqués chez quelques-uns, moins accentués chez d'autres, il n'est pas illogique de conclure qu'exceptionnellement l'effet produit pourra être nul.

M. Routier. — M. Tuffier veut qu'on apporte ici les morts par

le chloroforme, pour opposer leur nombre à celui des morts par la cocaïne; je n'y vois pas d'inconvénient, mais il y a un facteur dont il ne tient pas compte et qui rend toute comparaison impossible entre la chloroformisation et la rachicocaïnisation, c'est la façon dont le chloroforme est administré, ce qui pour moi est d'une importance presque aussi grande que la pureté du chloroforme.

M. Tuffier. — M. Poirier n'a pas eu dans son cas d'anesthésie, parce que sa canule s'est déplacée.

M. Poirier. — J'affirme que j'étais dans le canal médullaire.

M. Walther. — M. Tuffier croit trouver un parti pris d'opposition dans les relations d'accidents qui sont apportées ici. Je tiens à dire que, pour mon compte, c'est sans aucune espèce de parti pris que j'ai apporté l'histoire de la malade que le hasard m'a permis d'observer. J'ai d'autant moins d'idée préconçue que je n'ai, comme je vous l'ai dit, jamais fait d'injection intra-rachidienne de cocaïne. Je cherche à me renseigner, comme nous le faisons tous.

Voici que, dans son rapport, M. Broca nous lit une observation de M. Prouff qui relate des accidents mortels à la suite d'une injection intra-rachidienne d'une dose de 1 centigramme de cocaïne. M. Chaput pense que la mort ne semble pas attribuable à cette injection. J'avoue que je ne puis accepter cette manière de voir. Sans doute il est regrettable que l'observation de M. Prouff ne décrive pas avec plus de détails les accidents, ne donne pas avec plus de soin les symptômes méningés ou médullaires; il est regrettable que la vérification anatomique n'ait pu être faite. Mais il n'en reste pas moins un fait clinique bien frappant : on fait une injection lombaire de cocaïne; les accidents débutent peu d'instants après; ils vont toujours en s'aggravant et la malade meurt au bout de dix-sept heures. Je ne peux pas ne pas croire que l'injection n'ait eu un rôle capital dans la production de ces accidents.

On a eu certainement tort de faire marcher l'opérée; mais il me semble difficile d'admettre que ces 200 mètres faits à pied et la promenade autour d'une table soient la cause de la mort. La marche peut provoquer une syncope, des vertiges, des accidents immédiats, par suite d'une exagération des troubles vaso-moteurs, mais je crois qu'il faut chercher ici une autre interprétation.

Cette discussion n'implique, je le répète, aucun parti pris; nous devons étudier avec impartialité cette méthode qui peut être

appelée à nous rendre de grands services, et nous renseigner sur les inconvénients et les accidents possibles aussi bien que sur ses avantages.

M. Chaput. — Mon ami Poirier vient de dire que dans son observation, la ponction avait été bien faite, que l'aiguille n'avait pas bougé, et que, par conséquent, l'injection avait bien été faite dans l'espace sous-arachnoïdien.

Je tiens à formuler la remarque suivante : il est possible que tout se soit passé comme le dit M. Poirier et que cependant l'injection n'ait pas été faite où il fallait. L'aiguille peut n'avoir pas bougé, mais le sac sous-arachnoïdien vidé en partie peut s'être rétracté et avoir abandonné l'aiguille ; l'injection n'est plus alors correcte.

Ceci est si vrai que sur une de mes malades, une première anesthésie lombaire fut nulle ; opérée de la même façon une seconde fois par mon interne, M. Garrigues, nous eûmes une anesthésie parfaite.

M. Broca. — Ma réponse sera brève, car j'ai eu un avocat en M. Walther, qui me paraît avoir vu fort justement les choses. Il y a un fait : une malade a reçu une injection intrarachidienne d'une ampoule Carrion de 1 centimètre cube à 1 p. 100, ce qui fait 1 centigramme de cocaïne pure, et, 19 heures plus tard, elle était morte, après avoir présenté des accidents dont on ne saurait méconnaître le lien avec l'injection. Comme il n'y a pas eu d'autopsie, comme nous n'avons pas la description de l'état des réflexes, comme la malade a fait d'abord 200 mètres à pied, puis quelques pas autour de sa table, M. Chaput nous déclare qu'il n'y a à tenir « aucun compte » de l'observation ; M. Tuffier affirme qu'elle n'a « rien de démonstratif ». Malheureusement, ça n'empêche pas la malade d'être morte. Il y a eu une faute grave, dites-vous, une mauvaise technique : avoir fait marcher la malade. Au fond je pense, comme Walther, que si cela a pu aggraver les accidents cela ne les a sûrement pas créés ; et en tout cas qui donc, avant le cas dont nous a parlé Walther, avant celui que nous a adressé M. Prouff, qui donc parmi les rachicocaïnisateurs nous avait sur ce point crié gare ? Quand nous discutons sur la valeur, sur les dangers de la chloroformisation, nous sommes d'accord pour trouver que Sédillot s'est avancé un peu à la légère avec son fameux aphorisme : le chloroforme pur, bien administré, ne tue jamais. Et c'est précisément parce qu'ils n'ont pas cette foi robuste que beaucoup d'entre nous cherchent à suppléer le chloroforme par divers procédés, dont la rachicocaïnisation ; mais il me semble, à moi simple spectateur,

que dès qu'on leur signale un accident ou même un inconvénient, ils ont tendance à riposter par un aphorisme qui ressemble un peu à celui de Sédillot. Ils devraient, au contraire, remercier ceux qui, sans reculer devant une publication personnellement plus nuisible qu'utile, leur font connaître les dangers et leur fournissent ainsi l'occasion de nous apprendre à les éviter. C'est discréditer une méthode que de lui attribuer une bénignité absolue alors qu'elle expose les opérateurs non prévenus à des accidents que je veux bien croire possibles à éviter avec quelques précautions, et c'est pour cela que je vous ai proposé de remercier M. Prouff, pour nous avoir appris qu'un centigramme de cocaïne dans l'espace sous-arachnoïdien peut tuer une femme de 62 ans qui a fait 200 mètres à pied une heure après l'injection !

Présentations de malades.

Rupture de la paroi abdominale par contusion. Éventration consécutive.

M. F. Legueu. — Je vous présente un malade qui, à la suite d'un traumatisme direct, a eu une rupture de la paroi abdominale sans lésion de la peau.

Ce malade a reçu, au mois de février, un coup de brancard en plein dans l'abdomen : le choc fut si violent que ses vêtements, sa ceinture, furent déchirés. A la suite de cet accident, il eut une ecchymose étendue, qui couvrit toute la paroi abdominale, et il resta six semaines au lit.

Je l'ai vu le mois dernier, à l'Hôtel-Dieu, où M. Cornil me l'avait adressé. On trouvait à ce moment, à gauche et au-dessous de l'ombilic, à peu près sur le bord externe du muscle droit, sous la peau intacte, une perforation complète de la paroi. Il y avait un orifice circulaire, une perforation comme à l'emporte-pièce, limitée par un bord circulaire. Le diamètre de cet orifice était suffisant pour permettre l'entrée du poing tout entier dans la cavité abdominale en refoulant la peau.

Quand le malade toussait ou poussait, les anses intestinales faisaient saillie sous la peau et la soulevaient. J'ai fait la cure radicale de cette éventration, et le malade est bien guéri. J'ai pensé qu'il y avait intérêt à vous présenter cet exemple, que je crois rare, d'une contusion grave de la paroi abdominale.

M. Delorme. — Legouest, dans son *Traité de chirurgie d'armée*, parle de ruptures de la paroi abdominale sans déchirures de la

peau. J'ai le souvenir moins précis d'avoir lu la relation d'autres faits semblables; ils sont tout exceptionnels et leur rareté donne de l'intérêt au cas signalé par M. Legueu.

M. Reclus. — J'ai observé un fait de même nature à la Pitié. Je pratiquai la laparotomie et je constatai que les anses intestinales présentaient une série de parties dilatées et resserrées.

Ostéosarcome de l'extrémité supérieure du tibia.

M. Monod présente la radiographie d'une malade de quarante et un ans, atteinte d'une lésion à l'extrémité supérieure du tibia datant de cinq ans, de nature probablement sarcomateuse, pour laquelle il demande l'avis de ses collègues, tant au point de vue du diagnostic que du traitement.

M. Reclus. — J'ai été longtemps partisan, en pareil cas, des opérations économiques; mais j'y ai renoncé à cause des mauvais résultats qu'elles m'ont donnés.

M. Poirier. — En pareil cas, je ferais une incision, qui me permettrait de procéder à un examen rapide et d'apprécier la gravité de la tumeur et d'après laquelle je réglerais la nature de l'intervention.

M Schwartz. — J'ai réséqué, il y a six ans, un tibia pour un sarcome angioplastique.

M. Walther. — J'ai opéré une jeune femme qui présentait une image radiographique semblable à celle-ci. Je trouvai une cavité tapissée par une membrane et contenant du liquide clair, dont je ne connais pas la nature.

M. Potherat. — J'ai opéré une jeune femme de vingt-deux ans, qui présentait une augmentation, à évolution rapide, de l'extrémité supérieure du tibia. Je pensai à un ostéosarcome; les symptômes, l'évolution, la crépitation osseuse, étaient en faveur de la tumeur maligne. J'opinai, et j'insistai pour l'amputation de la cuisse; elle ne fut acceptée ni par la famille, ni par la malade. Je fis à regret, mais avec soin, l'évidement de la partie supérieure du tibia; il ne persistait qu'une légère coque osseuse du côté articulaire et vers

la face profonde de l'os. La matière enlevée était une matière mollasse, fongueuse, homogène, très vasculaire. Je m'attendais à ce que cette opération ne fût que palliative, et que l'amputation de cuisse devînt indispensable. Il n'en fut rien; la malade guérit lentement, avec une cicatrice profondément déprimée. Elle marche et travaille; et il y a maintenant près de quatre années que je l'ai opérée.

M. Brun. — J'ai observé avec M. Périer un enfant dont la radiographie rappelait celle-ci. J'hésitai entre un foyer d'ostéomyélite et un sarcome. Nous avons trouvé une poche, contenant du sang, véritable anévrisme des os. La cavité fut comblée avec de la gaze à la ferropyrine. M. Cornil fit un examen histologique et dit qu'il ne trouvait aucun élément sarcomateux. Nous n'étions pas sans nous préoccuper, M. Périer et moi, de l'issue de cette intervention. Je dois dire que la brèche osseuse se combla, et le malade guérit complètement.

Je pense donc qu'avant de procéder à une amputation, il faudra examiner la nature de cette lésion.

M. Reynier. — J'ai vu un cas semblable à celui que dénote cette radiographie, et la guérison parfaite a eu lieu.

Présentations de pièces.

Tumeur du pylore. Hypersécrétion gastrique. Pylorectomie avec gastro-entérostomie complémentaire au moyen du bouton de l'auteur. Cocaïne lombaire. Guérison. Modifications du bouton de l'auteur.

MM. Chaput et Œttinger. — Le malade, âgé de trente-sept ans, souffre de l'estomac depuis six à sept ans; l'affection a débuté par des douleurs apparaissant ordinairement deux à trois heures après les repas. Dès le début, les douleurs se sont accompagnées de vomissements pituiteux peu abondants.

Après deux ou trois mois, survinrent des vomissements alimentaires deux ou trois heures après les repas. Ces vomissements ont persisté depuis ce temps, et le malade remarqua alors qu'il vomissait 7 ou 8 litres de liquide alors qu'il n'absorbait que 2 ou 3 litres par jour.

Il a souvent constaté dans ses vomissements la présence d'ali-

ments ingérés deux ou trois jours avant. Jamais de vomissements à jeun.

Il y a peu de douleurs, et seulement avant les vomissements. Le malade a maigri de 30 kilogrammes.

A l'examen, l'estomac descend de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Clapotage. Ondes péristaltiques de l'estomac. Pas d'hyperesthésie gastrique.

A la palpation, ni induration ni douleurs.

Constipation tenace; urines diminuées; elles augmentent quand les vomissements diminuent.

Le lavage de l'estomac fait à jeun, extrait 750 grammes de liquide faiblement acide, d'odeur rance.

Analyse du suc gastrique. Liquide retiré à jeun sans lavage :

Ac. tot	2,04
Ac. org	0,45
C. chlorés.	1,59

Acide chlorhydrique libre O (recherché au moyen du rouge du Congo, du réactif de Günzbourg, etc., et du diméthyle). Forte odeur butyrique.

Réaction de Fehlmann à peine sensible, traces d'acide lactique.

Liquide retiré à jeun après lavage fait la veille :

Günzbourg, Congo, diméthyle, résultat nul.
Fehlmann, très faible.
Acidité totale, 2,15, due exclusivement aux composés chlorés.
Réaction du Biuret, présence de peptones.

Analyse par la méthode de Hayem-Winter :

A = ...	2,10
T = ...	3,50
H = ...	0,15
C = ...	1,95
F = ...	1,40

Urines des vingt-quatre heures, 550 centimètres cubes; troubles.

Opération 1er juin 1901 en présence de mon collègue et ami M. Œttinger. Cocaïne lombaire, 2 centigrammes (solution au 1/200).

Excellente anesthésie. Le malade a plusieurs vomissements un peu gênants pendant l'opération. Il éprouve des douleurs et fait des efforts de vomissement quand on tiraille fortement les viscères.

La région pylorique présente une induration un peu molle mesurant :

Longueur, 8 à 10 centimètres ; épaisseur, 5 à 6 centimètres.

La surface de la région pylorique présente une séreuse saine et lisse, aucune saillie ni bosselure.

Je pratique d'abord la *gastro-entérostomie* antérieure. Recherche de la première anse grêle, qui est amenée au contact de l'estomac.

Coprostase d'un large pli stomacal avec une pince courbe à mors lisses. Incision de l'estomac (5 centimètres environ); toilette de la cavité. Je passe un surjet en bourse à la soie moyenne dans les lèvres de l'incision stomacale; j'introduis la moitié de mon bouton dans l'estomac, je serre le fil et je le noue.

Coprostase de l'intestin avec des nœuds coulants de soie ; incision et toilette de l'intestin ; surjet en bourse sur les bords de l'incision.

La portion saillante du bouton est introduite dans l'intestin et le fil est serré et noué.

Serrage du bouton à travers les parois stomacales et intestinales, trois points séro-séreux en avant pour éviter les tiraillements de l'intestin sur le bouton.

Résection de la tumeur entre deux pinces. Fermeture en cul-de-sac à deux étages du duodénum et de l'estomac. Suture de la paroi au fil d'argent et aux agrafes Michel. L'opération a duré en tout une heure et quart.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée mesure environ 12 centimètres de longueur, séreuse intacte, plane et lisse.

L'incision de la paroi stomacale montre des parois très épaisses, surtout la muqueuse, qui est en outre très friable et paraît dégénérée à M. Œttinger ; la cavité stomacale est réduite à une fente linéaire par l'épaississement des tuniques. L'examen histologique n'est pas terminé.

Suites. — Guérison *per primam.* Dès le lendemain euphorie complète, appétit; le malade digère. Aucun accident post-cocaïnique.

Le malade sort au bout de vingt jours, ayant engraissé de 4 kilogrammes. Le bouton n'a pas été rendu.

Réflexions. — Je me félicite d'avoir adopté le plan opératoire précédent : d'abord gastro-entérostomie puis résection de la tumeur et cela pour deux raisons : 1° parce que la gastro-entérostomie s'exécute dans la période initiale et aseptique de l'opération ; 2° parce que dans mon cas, le duodénum n'aurait pu être amené au contact de la plaie stomacale ; j'ai eu déjà beaucoup de difficultés pour faire *in situ* la fermeture en cul-de-sac, et je suis certain que la suture gastro-duodénale n'eût pas été possible sans tirailler violemment les sutures.

L'emploi de mon bouton a simplifié et raccourci considérablement la gastro-entérostomie, qui n'a duré que six à huit minutes.

J'attire spécialement l'attention sur les modifications que j'ai fait subir à mon bouton, qui consistent en l'absence d'incisures sur son bord libre et dans la fenestration du fond de la gouttière, qui donne à l'appareil la souplesse voulue, sans incisures offensives et sans diminution de solidité.

On a objecté à mon bouton que le séjour prolongé dans l'estomac était dangereux. J'apporte dans l'observation suivante la preuve du contraire :

Ancienne pylorectomie avec gastro-entérostomie complémentaire par le bouton de l'auteur. Séjour du bouton pendant cinq ans sans ulcérations ni accidents. Sténose de l'orifice gastro-intestinal provoquant des troubles digestifs attribués à tort au bouton. Extraction du bouton, sans toucher à la sténose qui est méconnue. Mort d'épuisement en raison de la sténose.

Il s'agit d'un malade âgé de cinquante-six ans que j'ai opéré le 18 juillet 1896 (1), sur la demande de mon collègue et ami M. Mathieu, pour une sténose pylorique; j'ai trouvé un épaississement considérable du pylore avec petit ulcère et petit point de dégénérescence cancéreuse; j'ai fait la pylorectomie avec gastro-entérostomie complémentaire au moyen de mon bouton.

Pendant trois ans le malade s'est très bien porté.

A la fin de 1899 il commence à présenter des troubles digestifs et des vomissements, il est d'ailleurs alcoolique. Ses forces diminuent bientôt, il maigrit et tombe de 75 kilogrammes à 53 kilogrammes.

Examiné en octobre 1900 chez M. le Dr Mathieu, on constate de la stase gastrique, et l'examen radiographique révèle la présence du bouton de Chaput au niveau du rebord costal sur la verticale mamelonnaire.

Le 15 mai 1901. *Opération.* — Cocaïne lombaire 3 centigrammes. Très bonne anesthésie.

Je trouve l'estomac très adhérent à la paroi, très rétracté, et caché presque complètement dans le rebord costal gauche. La région pylorique est épaissie, dure, adhérente, très volumineuse et ressemble à un néoplasme.

Des petits noyaux blanchâtres ou jaunâtres disséminés sur les anses grêles font penser à de la carcinose péritonéale généralisée.

En introduisant la main sous les fausses côtes j'arrive à sentir

(1) L'observation a été communiquée au Congrès de chirurgie 1896.

très profondément le bouton, qui est mobile comme un noyau de cerise, je le saisis et l'amène au voisinage de la ligne médiane, et je l'extrais après coprostase par une petite incision de 3 millimètres environ que je ferme à deux étages. Suture de la paroi au fil d'argent. Pas d'accidents cocaïniques tardifs. Le jour et le lendemain, le malade présente des vomissements couleur marc de café ; il meurt subitement le 16 mai.

A *l'autopsie* pas de cancer, pas de péritonite, suture stomacale parfaite ; pas d'ulcération de la muqueuse au niveau du bouton. On constate un rétrécissement considérable de l'orifice gastro-intestinal qui n'admet que la pointe de l'index ; primitivement il mesurait 5 centimètres sur 3 centimètres.

Réflexions. — Il ne me paraît pas douteux que le bouton n'a été pour rien dans les troubles digestifs, qui ont d'ailleurs été très tardifs ; j'ai d'ailleurs noté l'absence de lésions de la muqueuse au niveau du bouton.

La mort ne peut être attribuée ni à l'infection opératoire, ni à l'insuffisance des sutures, ni à la cocaïne. Je l'attribue à la sténose, qui a rendu impossible l'alimentation chez un homme considérablement émacié, par cette même sténose.

Il est regrettable que je n'aie pas vérifié pendant l'opération l'orifice gastro-intestinal ; je n'ai pu le faire, en raison de la coprostase stomacale qui me paraissait indispensable, et aussi parce que je croyais à tort devoir attribuer les troubles digestifs à mon bouton.

La sténose a déjà été observée après la gastro-entérostomie par plusieurs auteurs, entre autres par Czerny ; on pouvait l'attribuer dans le cas de cet auteur à l'action irritante des soies de sutures, mais ici les soies sont tombées avec le bouton.

Pour moi il s'agit là d'une sclérose avec épaississement et rétraction de l'estomac occasionnée par l'action irritante des liquides alcooliques.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1901

Présidence de M. RECLUS

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une observation de M. CHAVANNAZ, intitulée : *Cholécystostomie pour épithélioma de la vésicule biliaire.* M. BROCA, rapporteur.

3° M. le D[r] DELORME dépose une observation de M. le D[r] TOUSSAINT, médecin-major de 1[re] classe à l'hôpital militaire de Saint-Mihiel, ayant pour titre : *Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Schock. Hémorragie épiploïque. Laparotomie. Etranglement herniaire secondaire du grand épiploon. Guérison.* — Ce travail est renvoyé à une commission : M. DELORME, rapporteur.

4° Une lettre de M. le D[r] BOUSQUET (1) (de Clermont-Ferrand), renfermant une observation d'injection d'eucaïne dans les centres rachidiens, suivie de mort.

Voici cette observation :

Hernie étranglée. Injection intra-rachidienne d'eucaïne.

« Le 13 janvier 1901, on amène à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, à 2 heures du soir, une femme de 68 ans, qui porte depuis le 10 janvier, c'est-à-dire depuis trois jours, une petite hernie crurale étranglée. La femme étant très affaiblie, le pouls petit, nous n'avons pas un seul instant l'idée d'employer du chloroforme. Une

(1) M. Bousquet étant membre correspondant, le Secrétaire général a donné lecture de cette observation.

injection de 0 gr. 02 *d'eucaïne* est faite dans la région lombaire. Immédiatement après l'injection, la malade est très abattue, et tombe dans un état presque syncopal. Le pouls n'est plus perceptible, la respiration très faible. On pratique la respiration artificielle pendant qu'on fait à la malade deux injections d'éther et deux de caféine. Malgré cela le pouls devient de plus en plus faible, les bruits du cœur ne sont plus perceptibles. La respiration artificielle est continuée, et des frictions énergiques ramènent peu à peu la circulation ; enfin, après trois quarts d'heure de soins continus, la malade, dont nous avons opéré la hernie, est placée dans son lit, roulée dans une couverture, et enveloppée de boules d'eau chaude ; un quart d'heure après, elle est prise d'une agitation telle qu'il faut lui mettre la camisole de force ; cette agitation est suivie d'une loquacité extrême. Vers minuit tout ce cortège tombe subitement, la malade tombe dans le coma et succombe à deux heures du matin. »

A propos du procès-verbal.

M. Nélaton. — Je déclare, au nom de M. Porte, pharmacien de l'hôpital Saint-Louis, et au mien, que les accidents sérieux que j'ai signalés dans la dernière séance à la suite d'une injection lombaire ne sont en aucune façon imputables à la méthode de la rachicocaïnisation.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, je m'excuse d'être obligé de revenir encore une fois sur cette question des prolapsus du rectum, que je traîne comme un boulet.

Dans la précédente séance, j'avais établi que la première opération de M. Juvarra remontait à 1896. A ce propos, cette opinion a été soutenue qu'en fait de priorité l'écriture seule fait foi. C'est là une doctrine que pour ma part je me refuse absolument à admettre. Mais il est parfaitement inutile de discuter cette question, car elle ne se pose pas.

En effet, depuis mercredi dernier, j'ai reçu de M. Juvarra un mémoire qui a été expédié de Bucarest en même temps que la dépêche dont je vous ai parlé, et qui m'est arrivé naturellement plusieurs jours après. Dans ce mémoire est décrit le procédé qui fait l'objet du litige, et le mémoire que je vous présente a été publié à Bucarest en 1897.

Il est donc impossible de méconnaître que M. Juvarra a la priorité non seulement en fait, mais aussi en écriture.

Discussion.

Sur le tétanos.

M. Paul Reynier. — Messieurs, j'approuve en grande partie toutes les réflexions qu'a suggérées à mes collègues ma communication sur les trois cas de tétanos que j'ai eus dans mon service. Comme M. Quénu, je ne crois pas que le microbe de Nicolaïer traverse les murs ; et jusqu'à preuve absolue du contraire, je croirai qu'il faut un agent vecteur pour que la contagion puisse se produire. C'est parce que j'ai cette conviction que j'ai été très surpris de voir naître dans un service où je n'avais pas eu de cas de tétanos (car celui auquel faisait allusion M. Rochard s'était déclaré dans le pavillon d'isolement des femmes — et non pas dans la salle des hommes où a éclaté le premier cas de tétanos), que j'ai été surpris de l'invasion de cette infection dans un service où toutes les précautions d'asepsie sont prises avec minutie. J'avais également pris pour éviter la contagion toutes les précautions dont parle M. Quénu, isolement du malade, infirmier spécial, aucun élève ne le pansant, puisque le malade ne suppurait pas. On ne faisait que s'approcher de lui pour se rendre compte de l'état dans lequel il se trouvait, et lui faire des piqûres de sérum antitétanique. Or, ces précautions, qui sont généralement suffisantes en cas d'infection streptococcienne, ne l'ont pas été en cas d'infection tétanique, et il est bon de noter ce fait, ne serait-ce que pour montrer la virulence du microbe de Nicolaïer, et la difficulté que nous avons de nous en préserver. Nous avons encore la preuve de cette difficulté dans ce fait que nous voyons naître le tétanos chez des malades qui n'ont pas suppuré, où l'asepsie semble, par suite, avoir été suffisante pour tous les autres micro-organismes, sauf pour celui qui nous occupe. Nous en trouvons encore la preuve dans ces tétanos opératoires qui tout d'un coup apparaissent dans un service, et qui restent isolés. Je n'ai perdu depuis vingt ans qu'une malade à la suite d'amputation du sein ; et, depuis vingt ans, en ville, je n'ai jamais eu de suppuration à la suite de cette opération ; or, la malade que j'ai perdue avait été opérée en ville, et elle est morte de tétanos dont l'origine, là encore, m'avait échappé.

M. le Dr Platon, chef de clinique du Dr Queirel, nous a envoyé une observation où nous nous heurtons, comme dans nos cas, comme dans celui cité par M. Delbet, à cette difficulté de trouver la porte d'entrée. Permettez-moi de vous la lire :

M... (Pauline), âgée de trente et un ans, entre le 4 mai 1901 dans la salle de gynécologie (salle Sakakini) avec des phénomènes de salpingo-ovarite.

Cette femme avait été vue quelques jours auparavant en ville par le Dr Platon. A ce moment, elle présentait des symptômes aigus de pelvipéritonite, avec ballonnement du ventre, vomissements et température à 40 degrés. Après quelques jours de traitement, ces phénomènes aigus amendés, elle fut dirigée sur l'hôpital, à fin d'opération.

Cette femme, réglée à l'âge de treize ans, n'avait eu de sa vie aucun accident pathologique. Les règles, régulières, ne s'accompagnaient d'aucune douleur et n'étaient suivies d'aucune perte. Mariée à vingt et un ans, elle avait eu trois grossesses à évolution normale et accompagnées d'aucune complication. Un quatrième accouchement, qui remontait à trois ans et demi, avait été suivi de pertes blanches abondantes avec douleurs abdominales, obligeant la malade, après deux ans de souffrances, à entrer à l'Hôtel-Dieu d'où, après quelques mois de repos et de soins, elle sortait guérie en apparence.

A son entrée à l'hôpital de la Conception, l'abdomen, tendu, est très douloureux, surtout à droite, au niveau de la fosse iliaque.

Le toucher révèle un col gros, très hypertrophié, rappelant par sa lèvre antérieure le col tapiforme d'Huguier; l'orifice en est ouvert, béant en entonnoir, permettant l'introduction facile de l'index; les bords en sont tuméfiés, granuleux, mous et ulcérés. L'utérus, peu douloureux, est mobile et sans déplacement. Dans les culs-de-sac latéraux, la pression ne révèle qu'une douleur abdominable, et le doigt ne retrouve aucune tumeur annexielle. Par contre, le cul-de sac postérieur tombe dans le vagin, formant une tumeur très douloureuse, sans fluctuation perceptible.

En présence de pareils symptômes, M. le professeur Queirel diagnostique salpingite droite suppurée (?) prolabée dans le cul-de-sac postérieur et indique comme traitement l'amputation du col et l'incision du cul-de-sac de Douglas avec salpingectomie.

Le 14 mai, après un traitement local rigoureux de quelques jours (injections et pansements) la femme, chloroformisée, est apportée dans la salle d'opération; toutes les précautions d'usage sont prises : la vulve rasée, un savonnage et un lavage à l'aniodol *intus* et *extra*, sont pratiqués par l'interne de service.

Le col amputé et suturé, l'incision du cul-de-sac postérieur permet de constater la présence des annexes droites malades qui, attirées au dehors, sont pédiculées à la soie plate et sectionnées. Pansement à la gaze iodoformée. L'opération a duré, pour ces deux temps opératoires, quarante-huit minutes.

Le lendemain (15 mai), il y a un suintement sanguin qui a souillé le pansement. Injection à l'aniodol et pansement à la gaze.

16 mai. — Il s'est produit une légère hémorragie, tôt arrêtée par un pansement avec une solution de gélatine stérilisée.

La cicatrisation se fait rapide dans les jours suivants, tandis que l'état général s'améliore et se relève au point que le 25, c'est-à-dire

dix jours après l'opération, cette femme parle de sortir pour reprendre ses enfants, recueillis à l'hospice de Sainte-Marguerite pendant la durée du traitement de la mère à la Conception. Durant treize jours, la température est restée normale, comme en témoigne la feuille ci-jointe.

Le 27 mai, à la visite du chef de service, cette femme se plaint d'une douleur angineuse avec difficulté pour avaler; on peut constater un léger trismus accompagné de contracture et de douleur de la jambe droite. Ces phénomènes, peu intenses, sont mis sur le compte du système nerveux, puisque la contracture de la jambe et le trismus s'amendent au commandement et par l'application sur la poitrine d'un trousseau de clés (Métallothérapie?). Mais le lendemain, les phénomènes s'aggravent, ils augmentent peu à peu d'intensité, et le 31, la malade est évacuée en médecine dans le service du Dr Bidon.

Les contractures se généralisent à ce moment, il y a de la dysphagie et rire sardonique.

Le 2 juin, à l'occasion des mouvements de déglutition, apparaissent des contractures douloureuses généralisées. Aucun trouble cependant des muscles inspirateurs et expirateurs. Hyperesthésie généralisée.

Les réflexes tendineux sont exagérés. A la jambe, avant l'établissemement de la contracture, il y a du clonus du pied qui disparaît au momoment où apparaisent les contractures. Les réflexes cutanés sont abolis. Aucun trouble vaso-moteur ou pupillaire. Injection antitétanique.

Les phénomènes s'aggravent les jours suivants; un traitement médical est seul employé. La femme meurt le 8 juin 1901 à 4 heures du matin par syncope.

Que penser, ajoute le Dr Platon, d'une telle observation? La contagion est impossible à retrouver : le service de la clinique est nettement séparé des autres services chirurgicaux, puisqu'il est installé dans un pavillon spécial, où l'on n'accède qu'après avoir traversé des cours et des jardins; de plus, le personnel n'a, avec les autres salles de femmes, aucune relation ni contact. D'ailleurs, depuis de nombreux mois, il n'y a pas eu à l'hôpital de la Conception de cas de tétanos.

Ici, comme le fait remarquer M. Platon, le catgut n'est pas en cause. Je me plais à le reconnaître avec M. Rochard, je n'ai aucun droit d'accuser fermement le catgut; je n'ai pu, en effet, trouver de microbe de Nicolaïer dans aucun flacon.

Si j'ai émis un doute, c'est seulement parce que mes catguts, ayant cultivé, n'ont pas paru absolument aseptiques et qu'alors on pouvait être en droit, en désespoir de cause, de penser qu'un avait été le vecteur du microbe de Nicolaïer.

Avec M. Quénu, je reconnaît qu'il vaudrait mieux, en effet, préparer son catgut soi-même; malheureusement, c'est un surcroît de besogne pour le personnel déjà insuffisant de nos salles.

Si le catgut ne peut être mis en cause, doit-on toujours accuser ceux qui approchent du malade, les mains du chirurgien, des

aides? Ne pourrait-on pas également mettre en cause le malade, qui peut-être lui-même le vecteur du microbe de Nicolaïer, microbe qu'on localise par l'acte opératoire? Un de mes malades était jardinier, et pouvait avoir sur lui du microbe tétanique. L'observation de M. Manceau, que je vous ai lue, semblerait le prouver. Ces cas de tétanos succédant dans les pays chauds, où le tétanos est fréquent, à une simple piqûre d'une aiguille de Pravaz, qu'on a fait bouillir, pourraient s'expliquer également ainsi, de même que ces cas de tétanos qui apparaissent, comme celui rapporté par M. Platon, dans des services où le tétanos était inconnu.

J'arrive enfin à parler de la valeur du sérum. Mon ami, M. Bazy, nous dit que les injections préventives n'ont plus à faire leur preuve. Je trouve que notre collègue affirme un peu prématurément cette valeur préventive des injections de sérum. S'il nous dit et répète que, depuis qu'il fait ces injections sur les blessés qu'on lui apporte dans son service, il n'a pas vu de tétanos se déclarer, je peux, par contre, lui dire, moi qui n'en fais pas faire, que je n'ai vu dans mon service que des cas de tétanos post-opératoires, pour lesquels M. Bazy n'aurait pas fait d'injection.

Tous ces faits négatifs, fussent-ils encore plus nombreux, perdent bien de leur valeur devant des faits positifs, où, malgré l'injection, le tétanos s'est déclaré douze jours après; je vous en ai cité un cas.

Cette observation n'est malheureusement pas isolée.

Dans un service voisin du mien, chez M. Peyrot, qui m'a donné l'autorisation de rapporter l'observation, s'est produit un cas de tétanos dans des conditions à peu près identiques. Il s'agissait d'une femme, qu'on amenait dans le service pour une fracture bimalléolaire qui venait de se produire. Il y avait une petite écorchure de la peau.

La surveillante du service crut devoir faire, comme c'est l'habitude chez M. Peyrot, une injection de sérum antitétanique préventive. Le lendemain, M. Peyrot réduisait la fracture, et, me l'a-t-il dit, était sur le point de penser, étant donnée la petitesse de la lésion, qu'on aurait pu se dispenser de cette injection. Or, douze jours après, le tétanos se déclarait, et la malade mourait.

Ces deux observations sont bien faites pour nous faire réfléchir.

Quant à la valeur curative du sérum, est-elle plus démontrée? Il semble bien que les injections sous-cutanées, tout au moins, loin de nuire, comme se le demandait M. Platon, peuvent plutôt aider à la guérison. On peut même me dire que mon malade a guéri parce que je lui en ai fait.

Je répondrai toutefois que les deux autres malades sont morts, bien qu'ils aient reçu les mêmes doses de sérum. Où la thérapeu-

tique a seulement varié, c'est dans les doses de chloral, qui ont été augmentées chez le malade qui a guéri. Aussi, je ne crois pas, devant ces faits, tant que l'action curative du sérum antitétanique ne sera pas mieux établie, que nous soyons en droit d'abandonner le vieux traitement, par le chloral, préconisé par Verneuil, et qui à lui seul a donné un certain nombre de guérisons.

Mais je répète qu'il ne faut pas craindre de donner des doses très élevées, de 20 à 25 grammes. Il est remarquable de voir comme les malades en puissance de tétanos les supportent facilement. A ce propos, j'ai reçu de M. Demmler, membre correspondant de la Société, une lettre dans laquelle il me rappelle avec raison qu'il a préconisé en 1885, dans une observation publiée dans nos bulletins, et dont M. Verneuil a été le rapporteur, ces injections à doses élevées, de 20 à 25 grammes par jour de chloral. Il avait donc vu bien avant moi et M. Lancereaux l'utilité de ces doses élevées, et, comme moi, il insistait sur la tolérance des malades en puissance de tétanos pour ces doses excessives. Mon observation vient à l'appui de sa manière de voir, et je suis heureux ici de le dire.

Il me reste, en terminant, à remercier ceux de mes collègues qui ont bien voulu prendre part à cette discussion, et en particulier M. Platon, pour l'observation intéressante qu'il nous a adressée.

M. Bazy. — Ce n'est pas moi qui ai montré la valeur des injections préventives de sérum antitétanique, ce sont les expérimentateurs et les vétérinaires. Je n'ai eu qu'à en faire et à en recommander l'application chez l'homme.

De plus, les expériences de Vaillard ont démontré que le tétanos est fonction d'infection : car on ne donne pas le tétanos aux animaux en injectant une culture pure du bacille, on le leur donne en injectant en même temps une culture de microbes pathogènes.

Aussi, je fais faire tous les dix jours aux malades qui suppurent une nouvelle injection, jusqu'à concurrence de trois ou quatre.

M. Reclus. — Nos collègues se sont préoccupés, à plusieurs reprises, du mode d'introduction dans l'organisme du microbe de Nicolaïer. Mais ce microbe se trouve partout, sur le plancher de toutes les salles de chirurgie, sur le chemin suivi par les élèves, mais il n'existe pas au-dessous des lits.

Ces recherches, faites par Sanchez Toledo, sont des plus instructives.

J'ai eu aussi un très mauvais cas : malgré une injection préventive contre le tétanos, un de mes blessés a succombé au

tétanos. M. Roux, qui vit ce malade, me fit remarquer que le malade ayant eu longtemps de la suppuration, j'aurais dû répéter plusieurs fois mes injections antitétaniques.

M. Schwartz. — Il ne faudrait pas que les faits malheureux qu'a signalés M. Reynier, et qui sont d'un très grand intérêt, puissent nous arrêter dans la pratique des injections préventives de sérum antitétanique. Dans les cas de plaies susceptibles d'être infectées, depuis quelques années que je fais ces injections, je n'ai pas observé de ces cas de tétanos survenus dans le service. Les deux seuls que j'ai vus m'ont été apportés du dehors. Avant, j'avais eu, en deux ans, six cas de tétanos développés sur des blessés. Ces cas étaient malheureusement assez fréquents à Cochin, par suite du voisinage des cultures de champignons dans la commune d'Arcueil et des alentours.

Il semble qu'il y en ait certainement beaucoup moins depuis cette pratique, qui ne m'a jamais donné aucun ennui.

M. Delorme. — M. Bazy vient de nous rappeler incidemment que des bactériologistes admettent que le tétanos ne se développe pas dans une plaie quand celle-ci ne suppure pas. Un fait intéressant par sa rareté, observé dans mon service, semble indiquer qu'il n'en est pas toujours ainsi chez l'homme. Un opéré, qui avait subi une cure de hernie, prit le tétanos vingt et un jours après son opération qui avait guéri par première intention. L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas trace de suppuration dans ou près de la cicatrice et je n'ai pas pu trouver ailleurs la porte d'entrée du bacille.

Je ne partage pas l'opinion de quelques-uns de mes collègues sur la nécessité des injections de sérum à titre préventif. Jamais je n'en ai pratiqué dans mon service sur des blessés qui, par la souillure et la contusion de leur plaie, semblaient particulièrement prédisposés au tétanos, et je n'ai pas eu, chez eux, à déplorer d'atteinte tétanique. Les cas si importants, d'intérêt majeur dans la question, que vient de nous communiquer M. Reynier, sont bien faits pour me laisser, dorénavant, des doutes sérieux sur la valeur de cette méthode.

M. Michaux. — Moi aussi, j'ai fait des injections antitétaniques, et je ne m'en suis pas mal trouvé, puisque je n'ai jamais eu de cas de tétanos.

M. Routier. — Il n'est pas exact de dire que le tétanos soit fonction de suppuration. J'ai opéré en 1891 une malade pour une éven-

tration, elle guérit sans suppuration; les fils étaient enlevés, lorsqu'elle fut prise, la veille du jour où elle devait sortir, à 9 heures du soir, de tétanos et mourut le lendemain matin sans qu'on ait trouvé nulle trace de suppuration. MM. Roux et Vaillard vinrent voir ma malade. On n'injectait pas encore le sérum antitétanique. Ils constatèrent comme moi que ce tétanos était indépendant de toute suppuration. L'intestin contenait des bacilles pathogènes.

M. Bazy. — C'est en me basant sur les expériences de M. Vaillard et les réflexions de M. Nocard que j'ai été amené à faire aux malades qui suppurent des injections antitétaniques.

M. Berger. — Il n'est pas douteux que le tétanos survient dans le cas de suppurations et d'infections, mais on l'observe aussi dans les plaies fermées (luxations, fractures sans plaie).

Nous ne savons pas encore comment agissent les injections antitétaniques.

M. le Président. — La discussion sur le tétanos est close

Sur les tumeurs fibreuses du cou.

M. Pierre Delbet. — Les faits dont mon ami Ricard nous a entretenus sont du plus haut intérêt. Ils ont une grande importance pratique et ils touchent à l'une des questions les plus séduisantes de la pathologie générale, celle des rapports des néoplasmes avec les inflammations.

Qu'est-ce, en effet, que ces tumeurs singulières? Néoplasmes malins par l'apparence clinique, par l'extension continue, par l'envahissement des organes, par leur gravité menaçante, elles sont tout à fait bénignes par leur structure et l'absence de récidive.

Il s'agit là d'un processus évidemment très particulier, mais c'est un processus morbide plutôt qu'une maladie, et, comme tel, il ne peut pas être spécial au corps thyroïde. Il est possible que dans nulle autre région il n'acquière une importance pratique aussi pressante qu'au cou, mais ce n'en est pas moins une question de pathologie générale et non une question de pathologie thyroïdienne.

L'intelligence de ces grands processus morbides gagne toujours en clarté lorsqu'on en étudie les manifestations en des points différents de l'organisme, et c'est pour cela que je vous demande la permission de rapporter un fait que j'ai observé récemment,

fait qui par son siège diffère complètement de ceux de Ricard, mais qui est fort semblable par les lésions.

Il s'agit d'une femme que j'ai opérée en janvier dernier de fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale. Tout alla bien, et lorsque je partis en vacances le 1er février, je la considérais comme guérie ; aussi ai-je été fort surpris, en reprenant mon service, d'apprendre que pendant mon absence elle avait présenté des accidents graves, violentes douleurs abdominales, vomissements, grande élévation de température. M. Mauclaire, qui me remplaçait, rattacha ces accidents à une poussée d'épiploïte. Ils avaient d'ailleurs été de courte durée, et la malade était retournée chez elle.

A la fin de mars, le médecin qui soignait la malade à la campagne, où elle était allée faire sa convalescence, m'écrivit que son état était fort précaire, qu'il existait toujours des douleurs avec parfois de très légères élévations de température, et qu'on percevait une tumeur abdominale volumineuse. Je pensai qu'il s'agissait d'un abcès subaigu développé autour d'une ligature et demandai qu'on me renvoyât la malade. On n'en fit rien. Quelque temps après, le médecin m'écrivit de nouveau. Il me disait qu'ayant fait une ponction dans la tumeur, il avait traversé des tissus extrêmement durs sans rencontrer de collection, et il me demandait si je n'avais pas oublié une compresse dans l'abdomen.

Enfin, la malade se décida à rentrer dans mon service au mois d'avril. Elle portait en effet une tumeur volumineuse, mais il était très aisé de constater que cette tumeur, qui s'arrêtait en bas à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, n'avait aucune connexion avec le bassin, et qu'il n'y avait rien de commun entre elle et l'opération précédemment exécutée.

La tumeur s'arrêtait en haut à deux travers de doigt du rebord des fausses côtes, mais il n'y avait aucune zone de sonorité entre elle et le foie. Ses limites étaient d'ailleurs assez vagues, ses bords paraissaient diffus, mais elle présentait avec une remarquable netteté les caractères des tumeurs de la paroi. Non seulement elle était immobilisée par la contraction des muscles, ce qui n'a pas grande valeur, mais sous l'influence de cette contraction elle devenait plus saillante et cela très nettement. Cette exagération de la saillie sous l'influence de la contraction est un signe dont la valeur semble absolue. Elle indique non seulement que la tumeur est dans la paroi, mais en outre qu'elle siège en partie au moins en avant du plan contractile.

Cette constatation précise me fit abandonner l'hypothèse de tumeur d'origine hépatique ou vésiculaire, et me conduisit à faire le diagnostic de tumeur pariétale. Il n'y avait plus aucune élévation de température.

Nous ne connaissons guère dans la paroi abdominale, en fait de tumeur volumineuse, que les fibromes. Or, la tumeur n'existait pas en janvier; si elle avait existé, je n'aurais pu faire une grosse laparotomie sans m'apercevoir de sa présence. Elle n'existait pas en janvier et en avril elle avait un volume considérable. C'était un développement bien rapide pour un fibrome. Aussi je me demandais s'il ne s'agissait pas d'un sarcome, d'autant plus que les limites de la tumeur étaient diffuses.

Je procédai à l'opération le 12 avril. Dès que les téguments furent incisés sur le point culminant, c'est-à-dire à peu près au niveau du bord externe du grand droit, je constatai que l'aponévrose antérieure était envahie. Je fis dans la tumeur même une légère incision. Elle était extrêmement dure et présentait sur la coupe un aspect tel que personne ne doutât un instant qu'il s'agissait d'un fibrome ou d'un fibro-sarcome.

Je me mis en devoir de faire l'extirpation. Alors les difficultés commencèrent. Il me semblait être à la recherche de l'infini, car je ne trouvais la circonférence nulle part. Les muscles n'étaient pas refoulés et amincis comme il arrive d'ordinaire dans les fibromes, ils étaient envahis par le tissu d'apparence néoplasique. Je dus prolonger l'incision en bas pour arriver sur une région saine. Je cherchai alors à contourner le bord inférieur de la tumeur et j'arrivai ainsi jusqu'au péritoine, qui était lui-même envahi. Même disposition sur les côtés. La situation devenait critique; je me demandais comment je pourrais réparer l'énorme brèche que j'allais être obligé de faire, car, sur une étendue certainement supérieure à celle de la main, il ne restait plus que la peau.

Alors, comme une partie saillante de la tumeur gênait la dissection, je pris le parti de la réséquer pour me donner du jour. J'entamai ce tissu d'une si grande dureté qu'il criait presque sous le bistouri; je cheminais péniblement, quand j'entrai tout à coup dans une cavité. Il en sortit un noyau rougeâtre comme celui qu'on trouve dans les géodes de certains sarcomes, et cela me confirma encore dans mon hypothèse.

J'enlevai le fragment que je vous présente et où mon ami Ricard trouvera sans doute les caractères morphologiques des tumeurs qu'il a opérées. Le fragment enlevé, j'explorai la cavité ouverte et constatai qu'elle s'enfonçait profondément. L'ayant nettoyée d'un coup de compresse, j'aperçus au fond un point noir. C'était un calcul biliaire un peu plus gros que le pouce. Je l'enlevai. Derrière celui-ci et séparé de lui par une cloison incomplète, une sorte de diaphragme, il en existait un second à peu près de même volume. Je dus le fragmenter pour l'extirper.

Cette constatation faite, il m'apparut clairement que ce pré-

tendu néoplasme n'était qu'une réaction inflammatoire énorme, disproportionnée autour d'une cholécystite. J'abandonnai l'exérèse, qui aurait eu des conséquences si fâcheuses pour la solidité de la paroi abdominale. Je me bornai à drainer la cholécystite en laissant une grande partie de la masse fibreuse, bien convaincu que la cause irritative étant enlevée, cette masse disparaîtrait, comme disparaît la membrane adventice des kystes hydatiques quand le parasite est supprimé, et les choses se sont passées comme je l'avais prévu. La malade a très bien guéri. La fistule biliaire s'est rapidement fermée et ce que j'avais laissé de la tumeur a fondu.

Comme les tumeurs enlevées par Ricard, celle-ci avait les caractères d'un néoplasme. Cliniquement, c'était un néoplasme malin par la rapidité de son évolution, c'en était un par l'envahissement des tissus.

Mais ces tumeurs diffèrent des néoplasmes par un caractère important, la possibilité de la régression. La permanence est considérée comme un caractère fondamental des néoplasmes. Tant qu'il en reste une parcelle, cette parcelle continue à proliférer. Dans mon cas, au contraire, des parties considérables de la tumeur ont régressé lorsque la cause inflammatoire a été enlevée. Les choses se sont passées de même façon dans des cas identiques à ceux de M. Ricard, cas sur lesquels je reviendrai tout à l'heure. Dans les faits mêmes de Ricard, la régression a sans doute joué un rôle car, bien qu'il se soit appliqué à faire une extirpation complète, il ne voudrait sans doute pas affirmer qu'aucune parcelle de ces tumeurs si diffuses ne lui a échappé, et cependant ses malades ont guéri sans présenter de récidives.

Ces productions fibreuses diffèrent encore des néoplasmes connus en ceci, qu'il y a une discordance absolue entre leur structure et leur évolution. Cliniquement, macroscopiquement elles sont malignes ; elles s'infiltrent dans les muscles, elles pénètrent dans les vaisseaux ; elles ont le caractère fondamental de la malignité : l'extension excentrique par envahissement. Mais elles sont constituées de tissu fibreux. Or les fibromes s'accroissent par développement concentrique ; ils refoulent les tissus et organes voisins sans les envahir.

Pour ces diverses raisons, on ne peut pas dire que ces productions soient des néoplasmes vrais. De quoi s'agit-il donc ?

Dans mon cas, il n'y a vraiment pas de place pour le doute. Malgré les apparences, il s'agissait d'une réaction inflammatoire développée autour d'un foyer infectieux, la cholécystite. La régression des masses considérables que j'avais laissées le prouve indiscutablement.

D'ailleurs ces vastes édifications fibreuses d'origine inflammatoire ne sont pas nouvelles. On les observe dans la mammite chronique des vaches laitières, et Chantemesse en a décrit dans le hog choléra.

Il me paraît très probable, étant données l'identité d'évolution, l'identité de structure, que les faits de M. Ricard reconnaissent la même cause, et qu'il s'agit de réaction fibreuse autour de thyroïdite. C'est d'ailleurs l'interprétation qui a été donnée de cas du même genre par Billroth, par Riedel et par Tailhefer.

Si l'on voulait donner un nom à ces lésions qui sont au fond du même ordre (bien que différentes par beaucoup de côtés) que ces fibrolipomatoses qui se développent autour des viscères chroniquement enflammés, celui de *fibromatose inflammatoire* me paraîtrait assez satisfaisant.

Cette conception doit conduire à une conclusion thérapeutique. M. Tailhefer, dans son mémoire de la *Revue de chirurgie*, déclare qu'il n'y a pas de traitement curatif, et conseille, lorsque les phénomènes de compression deviennent menaçants, de faire la trachéotomie ou la gastrostomie. M. Ricard s'est élevé contre cette manière de voir avec bien plus d'autorité que je ne puis le faire puisque ses observations démontrent victorieusement qu'on peut guérir les malades.

Faut-il intervenir d'une manière précoce comme le conseille Ricard? Je n'en suis pas sûr, car les faits prouvent que ces productions fibreuses peuvent rétrocéder et guérir spontanément. Je crois qu'il faut surveiller les malades et n'opérer que si l'évolution devient menaçante.

Mais une autre question se pose. Lorsque l'on est appelé tardivement, alors que la tumeur est déjà volumineuse, alors qu'il existe des phénomènes de compression, doit-on s'appliquer à faire l'extirpation complète de la masse fibreuse, ce qui conduit à des opérations considérables et très mutilantes? Ne suffirait-il pas, lorsque les phénomènes de compression ne sont pas immédiatement menaçants, d'enlever le foyer thyroïdien initial en abandonnant les parties fibreuses périphériques à la résorption?

Il me semble qu'on pourrait compter sur cette résorption non pas seulement parce que de grosses masses de même nature se sont résorbées dans mon cas, mais parce qu'elle semble s'être produite dans des cas identiques à celui de M. Ricard.

Aussi Riedel, dans son premier cas, trouvant la carotide et la jugulaire extrêmement adhérentes, juge la tumeur inopérable et se contente d'en enlever une petite portion. Au bout d'un an et demi, on constate que le malade est complètement guéri.

Dans les observations V, VI et VII du mémoire de Tailhefer,

observations qui appartiennent également à Riedel, les choses se sont passées de même façon.

Il est vrai que deux autres observations de Riedel sont moins heureuses, mais sans être absolument défavorables à l'extirpation partielle.

L'un de ces deux malades succomba trois mois après l'opération. Riedel attribue la mort à une embolie, sans dire ce qu'était devenue la tumeur cervicale.

L'autre malade, un jeune homme, ne fut pas amélioré, et on dut pratiquer une trachéotomie quelques mois plus tard. Mais, après une seconde résection, on put enlever la canule, et l'état resta stationnaire.

Il semble donc qu'on pourrait se borner à une extirpation partielle, dans les cas où l'extirpation totale est rendue difficile et périlleuse par l'extension des lésions.

Je ne me dissimule pas qu'il y a là deux difficultés, l'une clinique et l'autre opératoire.

La difficulté clinique a trait au diagnostic. Il existe, en effet, des cancers du corps thyroïde qui sont envahissants, comme les fibromatoses, et pour lesquels l'extirpation partielle serait désastreuse. Il est vrai que dans ces cas l'extirpation totale ne donne que de bien piètres résultats. Cette difficulté, d'ailleurs, n'est pas insurmontable. Ricard nous dit même que le diagnostic est facile.

La difficulté opératoire vient de ce qu'il est malaisé de distinguer ce qu'il faut enlever de ce qu'on peut laisser, ce qui se résorbera de ce qui ne se résorbera pas. Si on laisse une partie du foyer inflammatoire primitif, il est probable que la fibromatose continuera à évoluer.

J'espère qu'on arrivera un jour à déterminer dans quelles conditions et comment on doit pratiquer la résection partielle. Mais, en tout cas, il est bon de savoir dès maintenant que lorsqu'on se trouve en présence d'un cas inopérable, on est autorisé à tenter une extirpation partielle, et qu'il faut enlever de préférence les parties de la tumeur qui occupent le siège de la thyroïde normale.

M. MICHAUX. — Les faits que M. Delbet vient de nous signaler sont très connus, et signalés dans le mémoire de Dance. J'ai rencontré aussi des affections celluleuses de la vessie s'accompagnant de cet énorme épaississement fibreux de la paroi. Mais je trouve que M. Delbet va un peu loin lorsqu'il rapproche ces tumeurs péri-vésiculaires de celles observées par M. Ricard au cou.

Ce rapprochement est un peu osé, et je ne crois pas qu'il soit possible de conclure à l'identité des cas observés par M. Delbet à l'abdomen, de ceux étudiés par Ricard dans la région cervicale.

M. Walther. — Je voulais répondre sur deux points à la communication de mon ami Ricard :

Le premier a trait à un incident opératoire qu'il a très nettement signalé : à savoir les troubles de la respiration consécutifs au pincement du pneumogastrique. Il a d'abord pincé le pneumogastrique au-dessus de la tumeur ; puis, après la section du nerf, a pincé le bout central ; or, tandis que la section du nerf n'avait provoqué aucune modification du rythme respiratoire, le pincement a, chaque fois, provoqué un ralentissement, puis un arrêt de la respiration. J'ai observé ces mêmes accidents en pinçant le pneumogastrique par mégarde, voulant saisir la jugulaire pour la réséquer, au cours d'une extirpation de ganglions néoplasiques. La respiration se ralentit brusquement et s'arrêta. J'enlevai la pince, la replaçai sur la jugulaire en isolant bien le nerf, et je dus faire quelques manœuvres de respiration artificielle pour rétablir la respiration régulière.

Le second point a trait au diagnostic très difficile et à l'évolution bénigne de ces tumeurs très dures et adhérentes du corps thyroïde qui simulent absolument un néoplasme.

J'ai vu il y a quatre ans un homme d'une soixantaine d'années, très amaigri, d'aspect cachectique, qui présentait une tumeur du corps thyroïde, absolument dure, adhérente, avec des ganglions petits et durs. Je fis le diagnostic de cancer du corps thyroïde, et, devant l'étendue des adhérences et l'envahissement ganglionnaire, je m'abstins de toute intervention et me contentai de faire prendre de l'arsenic. L'année dernière, j'eus des nouvelles du malade, qui se portait bien. La tumeur avait beaucoup diminué, les ganglions avaient disparu, l'état général était excellent. Le malade avait engraissé et ne souffrait plus.

L'année dernière, j'ai observé une dame d'une quarantaine d'années, portant une volumineuse tumeur du lobe gauche du corps thyroïde, tumeur très dure, avec des ganglions adhérents dans le creux susclaviculaire et de la compression des nerfs du plexus brachial. Je l'ai revue cette année, il y a deux ou trois mois. La tumeur a diminué, est moins dure, n'est plus aussi immobilisée, et les ganglions ont disparu à peu près complètement et, par suite, avec les accidents de compression.

Cette seconde observation se rapproche des faits observés par Ricard plus que la première. Il s'agit là de formes rares de tumeurs qui simulent à s'y méprendre une tumeur maligne, et qui peuvent guérir même, dans quelques cas, sans intervention.

Communication.

Étiologie de la grossesse ectopique,

par M. R. LARGER (de Maisons-Laffitte).

Chaque fois que la grossesse ectopique a fait l'objet des discussions de la Société de Chirurgie, la question de sa pathogénie n'a été abordée que pour constater la divergence, voire la contradiction absolue des opinions. Aux affirmations de Küstner qui invoque les lésions antérieures de la trompe, M. le professeur Terrier a opposé les constatations négatives reproduites dans la thèse de son élève Paquy.

Cette étiologie reste aujourd'hui encore en suspens.

Dans la thèse que mon fils vient de soutenir devant la Faculté (1), sans prétendre le moins du monde aborder la question du *mécanisme* de la production de la grossesse ectopique, nous démontrons que la *cause première*, « la cause des causes », comme disait Trélat père, n'est autre que la *dégénérescence héréditaire ou acquise.*

Nous rattachons d'ailleurs à cette même cause générale *tout ce qui, dans la conception, la grossesse et l'accouchement, s'écarte du type physiologique* : toutes les anomalies obstétricales, en un mot.

En d'autres termes, nous démontrons qu'étant donnée l'une quelconque de ces anomalies obstétricales (gémellité, grossesse ectopique, avortement, présentation anormale, etc.), l'on peut toujours et nécessairement conclure à la dégénérescence, héréditaire ou acquise, de l'un des deux générateurs, ou des deux à la fois. C'est-à-dire que les anomalies de la gestation se confondent absolument avec les autres tares ou stigmates physiques et moraux de la dégénérescence, et que, par conséquent, elles sont soumises à toutes les lois de l'*hérédité.*

Aussi bien, la nature dégénérative de la grossesse ectopique ne découle-t-elle pas de ce fait que les *ectopies* en général, celles de l'ovaire, du testicule, du cerveau, etc..., sont considérées à juste titre par tout le monde comme étant des monstruosités, des anomalies. Pourquoi l'*ectopie de l'ovule fécondé* ferait-elle seule exception à la loi générale? Cela paraît inadmissible *a priori.* Mais ce qui vaut mieux encore, c'est la démonstration qu'on en peut donner *a posteriori.*

Malheureusement, les observations de grossesse ectopique pu-

(1) *Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence*, d'après R. Larger (de Maisons-Laffitte). Paris, 1901. Vigot frères, éditeurs.

bliées jusqu'à ce jour sont absolument muettes sur les antécédents dégénératifs, les chirurgiens ne se doutant en aucune façon de leur importance étiologique. L'unique observation très détaillée formant la base de la thèse de Funck-Brentano est la seule où il soit fait mention de ces antécédents. Or la femme était *syphilitique*; sa mère, morte *tuberculeuse*; son père, *alcoolique*, mort aliéné.

Parmi les faits présentés récemment à la Société de Chirurgie, nous en trouvons deux autres où la même cause de dégénérescence acquise : la syphilis, soit relatée. Ce sont ceux de MM. les Drs Malapert (de Poitiers) et Fontoynont (de Tananarive). Mais, en général, ces indications sont purement fortuites.

Grâce à l'obligeance de plusieurs de nos collègues, nous avons pu remonter aux antécédents d'un certain nombre de cas de grossesse ectopique, en faisant des enquêtes à domicile. Ces cas sont au nombre de 27, et se décomposent ainsi : MM. Pozzi et Tuffier chacun 6 observations; Reynier, 4; Segond, 4; Peyrot, 2; Bégouin et Malapert, chacun 1; R. Larger, 3. Dans toutes ces 27 observations, sans en excepter une seule, des antécédents de dégénérescence ont été constatés.

Parmi elles, il en est deux où l'action de dégénérescence est marquée avec une évidence telle qu'on peut pour ainsi dire les assimiler à des expériences de laboratoire. Elles appartiennent toutes deux à M. Segond, et proviennent de la clinique Baudelocque.

Dans l'une (1) il s'agit d'une femme, un peu névropathe, qui a, d'un premier père normal, à antécédents normaux, un fils né normalement à terme, vivant et bien portant.

Elle a ensuite, d'un deuxième père, *mélancolique*, fils d'une mère morte *aliénée* à Ville-Evrard et d'un père mort *tuberculeux*, successivement *trois avortements* de deux mois, et, finalement, une grossesse ectopique (grossesse tubaire).

Dans l'autre observation (2), la femme a d'abord deux grossesses normales et à terme. Les époux X... achètent un fonds de marchand de vins et *s'alcoolisent rapidement tous les deux*. La femme devient enceinte une troisième fois dans ces conditions : grossesse ectopique de quatorze mois opérée par laparotomie, à la clinique, par M. Segond.

Dès l'instant où il est admis que les anomalies obstétricales en général sont de nature dégénérative, il va de soi qu'elles doivent être elles-mêmes *héréditaires*. Nous démontrons, en effet, la solidarité étroite qui unit entre elles toutes ces anomalies obstétri-

(1) Clinique Baudelocque, salle Levret, lit nº 85, 1900.
(2) Clinique Baudelocque, 1899. Enquête faite à Malakoff.

cales, non seulement au point de vue de l'étiologie, mais encore à celui de l'hérédité. Nous fournissons des preuves nombreuses de l'hérédité homologue de la plupart d'entre elles, et de l'hérédité par transformation les unes dans les autres, de toutes, sans exception, la grossesse ectopique y comprise.

De l'*hérédité homologue* de la grossesse ectopique, nous n'avons qu'un unique exemple, même douteux, à produire : ce qui s'explique par ce fait que la grossesse ectopique n'ayant été bien étudiée que sur ces derniers temps, son existence ne peut que difficilement être constatée dans les antécédents relevés chez les malades.

Mais si nous devons avouer notre pénurie de l'hérédité homologue, il n'en est heureusement pas de même de celui de l'*hérédité par transformation*, où la richesse des preuves compense largement la pauvreté de celles du premier mode d'hérédité. Nous l'avons constatée, en effet, dans la majorité de nos observations. On les trouvera toutes relatées dans la thèse de mon fils.

Qu'il me suffise de dire que l'ectopie de la grossesse se transforme héréditairement en la plupart des autres anomalies obstétricales. Suivant la loi que nous avons établie, elle marque cependant une préférence à se transformer en ses *anomalies concomitantes dominantes* : l'avortement et la gémellité.

Nous appelons ainsi les anomalies obstétricales qui accompagnent le plus habituellement l'une d'entre elles, soit dans la même grossesse, soit dans des grossesses différentes chez la même femme, soit enfin dans l'hérédité.

Les anomalies concomitantes de la grossesse ectopique méritent de fixer un instant notre attention.

D'après une loi bien connue des anomalies en général : quand deux anomalies sont *homochrones*, c'est-à-dire quand elles se produisent au même moment de la vie embryonnaire, il arrive souvent qu'elles se montrent simultanément et parfois même confondues l'une dans l'autre en une seule anomalie hybride. C'est ainsi que j'ai démontré (1) la coexistence et la fusion complète de l'exencéphale et du bec-de-lièvre compliqué. Avant moi, on avait déjà signalé celle de l'exencéphale et du spina-bifida.

La gémellité et l'ectopie de l'œuf fécondé étant, la première, une anomalie de la conception, la seconde, une anomalie quasi contemporaine, devaient pareillement coexister et même fusionner ensemble dans certains cas.

C'est précisément ce que l'on a observé, et cela même à un tel

(1) R. Larger. De l'exencéphale. (*Archives générales de médecine*, mai et juillet 1877.)

degré de fréquence que, faisant état des cas de Browne, Gutzwiller, Parry, Brodier, Cestan et d'autres, Larre (1) a pu établir que *la grossesse gémellaire est quatre fois plus fréquente dans la grossesse extra-utérine que dans les gestations simples.* M. Segond a récemment attiré votre attention sur ce fait.

Toutes les combinaisons possibles se sont produites dans cette hybridité de la gémellité et de la grossesse ectopique. Tantôt les deux fœtus sont ensemble dans le péritoine ou dans la même trompe ; plus souvent l'un est dans la trompe, l'autre dans l'utérus; ou bien dans la trompe et le péritoine, ou encore dans l'utérus et le péritoine. Plus rarement il existe un fœtus dans chacune des deux trompes (2). Dans le cas d'Elbing (3), l'utérus était bicorne (les trompes confondues avec les cornes) : deux fœtus occupaient chacun l'une et l'autre corne-trompe. L'observation de Walther (4) est plus curieuse encore : il y avait un fœtus dans une trompe ; l'utérus était didelphe : dans la partie droite, on trouva un placenta, un cordon et des membranes; dans la partie gauche, une caduque très épaisse.

Ces deux derniers cas surtout ne sont-ils pas une démonstration élégante de notre thèse? Et ces deux anomalies obstétricales, *gémellité et grossesse ectopique*, ne viennent-elles pas, en se greffant toutes deux sur une même *anomalie utérine*, démontrer l'identité de nature des trois anomalies?

Quant aux grossesses ectopiques simples, rien n'est moins rare que leur coexistence avec les diverses anomalies utérines : utérus double, bicorne ou unicorne. De nombreux auteurs, tels que Dionis, Küssmaul, Heyfelder, Rokitansky, Barnes (5), Courty (6), en ont décrit et même représenté des exemples.

Enfin, dans l'une des observations relatées par nous, M. Pozzi a trouvé, sur la même femme : à gauche, une grossesse tubaire ; à droite, un kyste dermoïde de la trompe (kyste congénital, par conséquent).

Non seulement la gémellité et la grossesse ectopique fusionnent ensemble dans la même grossesse; mais, en parcourant les observations un peu complètes publiées par les auteurs, on rencontre parfois encore la gémellité, chez une multipare, dans les gros-

(1) Larre. Thèse de Paris, p. 37 et suiv.

(2) Follet. *Bull. Acad. de médecine*, 12 mars 1895.

(3) *Schmidt's Jahrbücher*, Bd. CCXXXI, 1891, p. 40.

(4) Heinrich Walther. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynak.* Bd. XXXIII, 1895, p. 385.

(5) Robert Barnes. *Traité clin. des mal. des femmes*, trad. Cordes, Paris, 1876, p. 360 et 382.

(6) A. Courty. *Traité prat. des mal. de l'utérus*, etc., 3e édit., 2e partie, Paris, 1881, p. 1324.

sesses tant antérieures que postérieures à la grossesse ectopique (nous l'avons neuf fois notée) ; ou bien encore on la note dans son hérédité. Dans une de nos observations, la femme atteinte de grossesse ectopique était jumelle.

Mais si la *gémellité* est une anomalie « dominante » de la grossesse ectopique, elle n'en est pas la seule ni même la plus fréquente. L'*avortement* est plus souvent encore une anomalie concomitante de la grossesse ectopique. En effet, dans les 127 observations de grossesses extra-utérines réunies dans les thèses de Schuhl et de Funck-Brentano, il n'est pour ainsi dire pas une seule observation de multipare où l'on ne puisse relever un ou plusieurs cas d'avortement ou d'accouchement prématuré, dans les gestations tant antérieures que postérieures à la grossesse ectopique.

Et puisqu'il est question ici de l'*avortement*, — tare dégénérative par excellence, car elle conduit directement à la *stérilité de l'individu*, *à l'extinction de la race*, fins dernières de toute dégénérescence, — disons, en passant, que c'est dans la *dégénérescence* que l'on trouvera la solution du problème chirurgical, jusqu'à ce jour insoluble, de *l'influence du traumatisme sur la grossesse*. Pourquoi, en effet, certaines femmes avortent-elles au moindre traumatisme? — Parce qu'elles sont des dégénérées. Et pourquoi d'autres femmes enceintes résistent-elles même à une laparotomie? — Parce qu'elles sont indemnes de tares héréditaires.

En résumé, *la grossesse ectopique n'est autre chose qu'un stigmate de dégénérescence*, au même titre que le bec-de-lièvre, le pied-bot, l'exencéphale, etc... Elle est en conséquence *héréditaire*.

Toutefois, son *hérédité homologue* n'a pu être encore nettement prouvée, la détermination exacte de la grossesse ectopique étant de date trop récente.

Par contre, *son hérédité par transformation* est bien établie. Elle s'opère indistinctement avec tous les autres *stigmates physiques*, *moraux ou obstétricaux* de la dégénérescence.

La grossesse ectopique marque cependant une préférence à se transformer avec *la gémellité* et surtout *l'avortement*, avec lesquels elle se confond et se fusionne le plus habituellement, soit dans la même gestation, soit dans les gestations différentes de la même femme.

Présentations de malades.

Calcul du cholédoque. Cholédocotomie. Drainage du cholédoque. Guérison.

M. SCHWARTZ. — Mme C..., âgée de quarante-huit ans, entre dans le service de M. le D[r] Schwvartz le 28 mai 1901. Depuis l'âge de vingt-deux ans, elle a des troubles dyspeptiques, et, l'an dernier, en avril 1900, elle a eu une fièvre typhoïde d'une durée de trois mois avec deux rechutes. Après deux mois de santé parfaite, elle est prise, il y a neuf mois, de coliques hépatiques qui, depuis, se répètent d'abord tous les quinze jours, puis tous les huit jours. L'ictère date de la première crise et n'a fait qu'augmenter depuis. Depuis son entrée, les crises se répètent à fréquents intervalles, l'ictère est intense et les matières fécales sont décolorées.

Opération le 13 juin. — Incision paramédiane droite ombilico-xiphoïdienne sur laquelle est branchée, à droite, une incision horizontale. Le côlon adhère à la face inférieure du foie et, avec difficulté, on trouve une vésicule biliaire très réduite (grosse noisette) au milieu d'un magma caséiforme. Au pôle supérieur de la vésicule, il sort un peu de pus d'un orifice large comme la pulpe du doigt.

On voit le petit épiploon, mais il est adhérent de tous côtés. Il n'y a plus d'hiatus de Winslow et il est impossible de le soulever avec le doigt. On sent le calcul, mais il fuit en haut et en bas. On arrive à l'immobiliser. Sur le calcul, le cholédoque est incisé et un drain est placé dans sa lumière. Le drain est entouré de mèches. Une mèche, également, est placée au pôle de la vésicule.

Le 17 juin, les mèches sont retirées et le drain est diminué.

Le 19 juin, le drain est complètement retiré.

Le 23 juin, *les selles sont colorées*, et la malade n'est presque plus ictérique. L'écoulement de bile par la plaie cesse au bout de quinze jours environ.

Le calcul que je vous présente a la forme d'une grosse bille sphérique un peu mamelonnée, du poids de 4 grammes. Je le ferai examiner au point de vue de sa composition chimique et bactériologique centrale, la malade ayant eu une fièvre typhoïde quelque temps avant l'explosion des accidents lithiasiques.

Actuellement, l'opérée est complètement guérie. Il y a encore une petite plaie bourgeonnante superficielle au niveau de l'orifice du drain. Tout le reste est cicatrisé.

J'insiste, en terminant, sur une manœuvre qui m'a permis d'attirer le cholédoque, quoiqu'il n'y eût pas moyen de soulever avec le bout de l'index l'épiploon gastro-hépatique. Elle consista à décoller le canal au devant de la veine porte, puis à le soulever avec le calcul et à l'amener à portée du bistouri qui, alors, put facilement l'ouvrir.

M. Routier. — Dans mon service j'ai actuellement une malade dont l'histoire rappelle absolument celle de l'opérée de M. Schwartz.

Il y a un moyen plus facile pour atteindre le cholédoque, que celui qu'a suivi Schwartz. — Je cherche la vésicule ; je l'ouvre, et ce chemin muqueux me permet d'arriver sur le cholédoque, d'y saisir, d'y pincer les calculs qu'il contient, et de les extraire. Je ne fais jamais la suture du cholédoque ; j'y place un drain entouré de compresses, et par ce moyen j'obtiens des guérisons sans complications. Je montrerai du reste cette malade dans la prochaine séance.

M. Schwartz. — Je connais le procédé que vient de nous rappeler Routier, et qui appartient, je crois, à Delagenière. Mais il n'était pas applicable ici, puisque il n'y avait plus de canal cystique, et que la vésicule était réduite aux dimensions d'une petite noisette, remplie de pus.

Extirpation d'un anévrisme artério-veineux de la tibiale antérieure à sa sortie du ligament interosseux. Guérison.

M. Schwartz. — C'est à cause de sa rareté que j'ai l'honneur de vous rapporter l'observation du blessé que je vous présente.

Ce jeune homme, âgé de dix-sept ans, fils d'un de nos confrères, toujours bien portant, robuste comme vous le voyez, reçoit le 29 mai 1900, d'un de ses camarades placé en classe devant lui, un coup de canif dans la jambe droite. Il se produisit immédiatement une hémorragie très sérieuse, puisqu'elle amena un état syncopal ; elle fut arrêtée par une compression très énergique. Le jeune homme, rapporté chez lui, guérit rapidement de sa blessure, qui ne saigna plus et ne suppura pas.

Je ne le vis que huit jours après l'accident, alors que la plaie était parfaitement guérie. Son père me l'amena parce que la cicatrice était soulevée par un battement isochrone au pouls et qu'il existait à ce niveau un thrill qui se propageait le long de la

jambe. En dehors de ces signes, le blessé n'accusait aucune douleur, tout au plus un peu de faiblesse du membre.

L'examen permit de constater tous les signes d'une communication anormale d'une veine et d'une artère. On sent avec le doigt une pulsation profonde, mais surtout quand on presse modérément, le thrill continu avec renforcement au moment de la systole. Tout cela disparaît quand on comprime la fémorale à l'aine.

Il n'y a pas de dilatation des veines superficielles de la jambe; aucun œdème du pied.

Etant donné le siège de la plaie au niveau de la partie supérieure de la jambe, presque immédiatement en dehors et au-dessous du tubercule du jambier antérieur, je pensai à une plaie simultanée de l'artère tibiale antérieure et d'une veine tibiale au niveau de la partie supérieure de ces vaisseaux.

Nous décidâmes de tenter, malgré de grandes chances d'insuccès, la compression directe au niveau de la plaie, combinée avec la compression indirecte de la fémorale à l'aine; cela ne donna rien, comme nous pouvions et devions nous y attendre. Cependant, comme la lourdeur du membre augmentait, que le thrill semblait se propager davantage, que la pulsation devenait plus intense, je conseillai à notre confrère, le père du blessé, de prendre l'avis de deux de nos collègues, MM. J. Championnière et Pierre Delbet.

Tous deux furent d'avis, comme moi-même, que la lésion ne pouvait guérir que par une intervention, qu'il n'y avait pas lieu de différer celle-ci et qu'elle devait consister dans l'extirpation de la lésion artério-veineuse.

Mon collègue Delbet voulut bien m'assister, ce dont je tiens à le remercier bien sincèrement.

L'opération eut lieu le 10 janvier 1901. Chloroformisation.

Hémostase par l'élévation du membre, puis la pose d'un lien de caoutchouc autour de la cuisse. Incision à travers la cicatrice qui nous conduit à travers les fibres du long péronier latéral ; on trouve le nerf tibial antérieur qui est récliné au dehors; on traverse la cloison intermusculaire externe, puis on arrive sur l'extenseur commun des orteils qui est lui-même récliné, enfin dans l'interstice où se trouvent les vaisseaux. L'artère et les veines tibiales sont libérées. On constate que la communication entre l'artère et la veine externe siège immédiatement au-dessous du trou de sortie du ligament interosseux; en avant de la communication anormale, sans qu'il y ait, d'ailleurs, aucune tumeur appréciable, si ce n'est une légère dilatation de l'artère; à ce niveau passent deux filets nerveux qui vont rejoindre le jambier antérieur.

Un travail de sclérose a fortement uni veines et artères, de telle façon qu'il est impossible de les isoler sans les déchirer. Nous lions donc en masse, artère et veines, au-dessous de la communication; puis nous procédons à la même manœuvre au-dessus avec de fort catgut n° 3; nous sectionnons au-dessus et au-dessous des ligatures; mais au moment de couper ces bouts, la ligature supérieure lâche et un jet de sang vient de la tibiale qui s'est rétractée vers le creux poplité. Après quelques tentatives, nous parvenons à placer deux pinces à forcipressure qui arrêtent l'hémorragie; comme il serait très difficile de placer un fil, les pinces sont laissées à demeure, entourées par une mèche aseptique; la plaie est refermée par deux plans de suture (catguts et crins). L'opéré est reporté dans son lit.

Tout se passe sans incidents; les pinces sont retirées le quatrième jour.

Le douzième jour, il peut quitter la maison de santé et rentrer chez lui.

Il n'y a plus, bien entendu, aucun signe anormal depuis le moment de l'opération.

Un fait, toutefois, nous inquiétait. Pendant le placement des pinces et la recherche du bout supérieur rétracté, l'on avait malmené les filets nerveux allant au jambier antérieur; en résulterait-il des ennuis pour la marche et la fonction du pied? Vous pourrez voir qu'il n'en a heureusement rien été. Le jeune homme marche facilement et ne présente aucune impotence du jambier antérieur. Pendant quelques semaines, il n'a pu qu'assez difficilement fléchir le pied sur la jambe, puis, sous l'influence des massages et de l'électrisation, les choses en sont venues au point que vous constatez actuellement.

Telle est cette observation; je n'ai pu trouver aucun fait semblable. Elle m'a paru intéressante à vous rapporter. Elle vient s'ajouter aux observations déjà nombreuses de traitement des anévrismes artério-veineux par l'extirpation; elle montre les difficultés qui résultent de la profondeur de la région et surtout du passage de la tibiale antérieure du creux poplité dans la région jambière antérieure.

Je me demande, étant donnée la difficulté d'atteindre la partie supérieure du vaisseau lésé, si dans un cas pareil il ne vaudrait pas mieux chercher l'artère dans le creux poplité, la lier en arrière du ligament interosseux, puis revenir à la jambe et terminer par la ligature au-dessous de la communication anormale.

Présentations de pièces.

Présentation de lapins cocaïnisés.

M. Paul Reynier. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter deux lapins auxquels j'ai fait à l'un une injection de 0,06 centigrammes de cocaïne, à l'autre de 0,09 centigrammes sous la peau du dos. — Ces deux lapins, comme vous le voyez, sont renversés sur le côté, la tête portée en arrière, anhélants, et en raideur tétanique. Vous voyez de plus qu'à certains moments ils sont pris de secousses cloniques. — Je vous fais ainsi assister aux symptômes d'un empoisonnement par la cocaïne. Vous pouvez voir que la cocaïne est un poison qui porte son action sur les centres excito-moteurs. On comprend par suite que dans certains cas, où les malades ont été éprouvés par les injections cocaïniques rachidiennes, on ait eu, comme dans ces cas de M. Segond, des phénomènes d'agitation, de contracture musculaire, gênants pour l'opérateur, et qui s'expliquent très bien en tenant compte de cette action spéciale de la cocaïne sur les centres excito-moteurs.

M. Guinard. — Dans la dernière séance, j'ai insisté sur l'avantage qu'il y avait dans la rachicocaïnisation à se servir du liquide céphalo-rachidien comme véhicule de la cocaïne, et j'indiquais une nouvelle technique consistant à recueillir le liquide céphalo-rachidien et à le réinjecter immédiatement dans le sac arachnoïdo-pie-mérien après l'avoir additionné de 4 à 5 gouttes d'une solution concentrée de cocaïne à 1 centigramme pour deux gouttes. Je suis aujourd'hui en mesure de donner la démonstration que cette technique a une supériorité incontestable sur celle dans laquelle on se sert de solutions aqueuses de cocaïne.

Je vous présente d'abord des tubes contenant le liquide céphalo-rachidien soustrait cinq ou six heures après l'injection de cocaïne en solution aqueuse, suivant la technique de M. Tuffier. Vous pouvez voir qu'il y a au fond du tube un épais culot de pus et des flocons de fibrine dans les cas où il y a eu de la céphalée et de l'hyperthermie. Vous voyez aussi que dans les cas où il n'y avait qu'un minimum d'accidents, le dépôt est insignifiant ou nul.

J'ai donc pu dire avec raison que plus la diapédèse défensive a été intense, plus les accidents ont été prononcés.

Tout l'intérêt de la question se limitait donc à tâcher de modérer autant que possible cette réaction défensive de la pie-mère et il fallait d'abord chercher ce qui, dans les manœuvres de

l'injection de cocaïne, provoque ce processus de diapédèse, cette congestion de la pie-mère.

Il y d'abord l'inévitable, c'est-à-dire le traumatisme méningé par l'aiguille de ponction et l'introduction de la cocaïne. Mais ce sont là deux termes indispensables qu'il est impossible de supprimer.

Reste la question de l'eau qui sert de véhicule à la cocaïne.

C'est encore à la collaboration de MM. Ravaut et Aubourg que je dois d'avoir constaté que l'eau joue un rôle considérable dans la pathogénie des accidents qui suivent l'injection de cocaïne en solution aqueuse.

J'avais lu que, d'après Edden, les injections d'eau salée dans le sac arachnoïdo-pie-mérien pouvaient donner de l'analgésie, et, me trouvant en présence de deux malades souffrant terriblement de cancers inopérables, je me suis cru autorisé à leur faire une ponction lombaire et à leur injecter 2 centimètres cubes *d'eau pure stérilisée*. Une nouvelle ponction pratiquée cinq heures après l'injection par M. Aubourg nous a donné un liquide trouble avec un fort culot purulent, et dans les deux cas les malades ont eu de l'hyperthermie et des vomissements, absolument comme si nous avions fait une rachicocaïnisation. M. Ravaut donnera incessamment à la Société de Biologie une note précise où il indiquera tous les détails techniques de l'examen de ces liquides qui contenaient en proportion considérable des éléments polynucléaires.

La conclusion est facile à tirer de ces faits indéniables : *il ne faut pas introduire d'eau dans le liquide céphalo-rachidien*, puisque l'eau, *à elle seule*, est capable d'amener une réaction défensive dont l'intensité ne peut se mesurer.

Cela justifie pleinement la technique que je vous ai proposée et que je voudrais voir adopter par ceux d'entre vous qui emploient ce merveilleux mode d'anesthésie.

Je ne dis pas que cette technique, qui évite l'introduction de l'eau, supprimera tous les accidents : il y aura toujours la cocaïne qui à elle seule suffit à provoquer un mouvement diapédétique réactionnel dont l'intensité variera suivant la susceptibilité individuelle.

A ce propos, qu'on me permette quelques réflexions personnelles, Je parle de *susceptibilité individuelle*. C'est là ce qu'on a appelé ici même *l'idiosyncrasie* : je conserve ce mot, malgré son imprécision et son inélégance, parce que nous nous entendons sur ce qu'il signifie.

Les réactions lymphocytaires étudiées par MM. Ravaut et Aubourg montrent qu'il s'agit de phénomènes vaso-moteurs qui se passent dans la pie-mère. Or, on sait bien que rien n'est plus

variable suivant les sujets que la sensibilité vaso-motrice. L'un a le sang au visage à la moindre émotion; l'autre a « un front qui ne rougit jamais ». Vous verrez partout que chez les femmes *très impressionnables*, les accidents post-cocaïniques sont plus fréquents et plus marqués. Un des malades qui a eu dans mon service les réactions les plus persistantes après une rachicocaïnisation est un hystérique avéré avec de l'anesthésie pharyngée et cornéenne; il a en outre de l'auto-dermographie et des crises nerveuses. Il y a en somme, dans la question qui nous occupe, une part à faire à la susceptibilité individuelle, à l'idiosyncrasie, à cette réaction défensive personnelle qui est essentiellement variable suivant les sujets, et dont il est impossible de prévoir d'avance l'intensité vis-à-vis de la cocaïne.

Tumeur de la langue.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, la pièce que je vous présente n'a guère qu'un intérêt de curiosité.

La tumeur que vous voyez, et qui, avant d'être ratatinée par l'alcool, avait presque le volume du poing, est une tumeur de la langue.

Lorsque je l'examinai pour la première fois, au mois de mars de cette année, elle avait le volume d'une noix; elle occupait la moitié gauche de la langue, et la netteté de sa circonscription prouvait de la manière la plus claire qu'elle était bénigne. Le malade qui la portait avait 89 ans. C'était un dément très doux, d'humeur charmante, qui s'en accommodait fort bien et la trouvait presque agréable comme une chique. Aussi refusa-t-il énergiquement de s'en laisser débarrasser.

Deux mois après on me ramena le pauvre homme. La tumeur avait grossi, elle s'était ulcérée et saignait abondamment. Elle avait perdu pour lui beaucoup de ses charmes et peut-être s'en serait-il volontiers débarrassé s'il avait eu confiance dans la chirurgie. Mais il n'avait pas confiance dans la chirurgie. Avec un sourire aimable et une obstination irréductible il répétait : « Je ne veux pas crever » — C'est une crainte qui prend une acuité extrême pour peu qu'on arrive à 89 ans.

Quelque temps après on me ramena encore ce malheureux. Sa situation était devenue très pénible. La tumeur s'était développée hors de la bouche, si bien qu'en la voyant on aurait cru qu'elle avait les lèvres pour origine. — Son volume était tel que l'écartement des mâchoires ne lui permettait plus de rentrer dans la cavité buccale. Elle était ulcérée, saignante, suintante, suppu-

rante et n'avait plus aucun charme pour son propriétaire, qui consentait enfin à s'en débarrasser.

Je fis l'opération comme je fais presque toutes les ablations partielles de la langue, en recourant à un petit artifice que M. Reclus emploie aussi, je crois.

Voici en quoi il consiste. Je commence par passer au travers de la langue, au delà du point que je veux réséquer, un certain nombre de fils d'argent forts et assez rapprochés. — J'emploie les fils d'argent pour être sûr de ne pas les couper. Ces fils passés sont tendus de façon à rendre saillante la partie qu'on veut enlever, tout en y gênant la circulation; — alors en deux coups de bistouri je fais une excision cruciforme pour ménager deux petits lambeaux. Prestement, les fils sont serrés et ils font l'hémostase sans qu'il soit besoin de placer une ligature. Si l'affrontement n'est pas parfait, je le complète par quelques points superficiels de catgut.

C'est ainsi que j'ai opéré ce vieillard de 89 ans. La réunion par première intention a été parfaite.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 17 JUILLET 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. Guillet (de Caen), intitulé : *Corps étranger de l'œsophage (pièce de 5 centimes), chez une fillette de vingt-deux mois. Œsophagotomie externe. Guérison.* — Ce travail est renvoyé à une commission ; M. Walther, rapporteur.

A propos de la correspondance.

A propos de deux cas de botryomycose (1),

par M. le Dr J. Brault,

membre correspondant.

Comme suite à la note que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société dans la séance du 19 juin dernier, je tiens à donner quelques détails complémentaires sur le résultat des inoculations faites à différents animaux de laboratoire.

Obs. I. — *a*) Rat blanc inoculé en plein testicule (31 mai), avec culture en bouillon datant de deux jours, et provenant de la tumeur de l'observation I. Nécrose totale du testicule en trois semaines environ ; le magma caséiforme qui remplace le testicule renferme des microcoques à l'état pur ; cultures absolument semblables à celles dont on était parti.

b) Un rat est castré le 19 juin et le moignon de castration est amplement souillé avec les débris testiculaires du rat précédent ; l'animal n'a rien présenté (2).

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

(2) Il faut dire que, d'après certains auteurs, les souris présentent une certaine immunité vis-à-vis de la botryomycose.

Obs. II. — *a*) Cobaye femelle inoculé dans les mamelles (31 mai), à l'aide d'une culture sur gélose provenant de la tumeur de l'observation II. — Trois abcès tardifs, deux au niveau des mamelles infectées, un autre plus haut sur la partie gauche de l'abdomen. Pus blanc laiteux, contenant seulement des microcoques; cultures absolument semblables à celles qui avaient été obtenues avec la tumeur botryomycosique. — L'animal a bien présenté un peu de paralysie du train de derrière quelques jours après l'inoculation, mais il s'est rapidement rétabli et n'a pas été atteint de septicémie (1).

b) Rat blanc inoculé le même jour en plein testicule avec la même culture sur gélose. Nécrose partielle du testicule au bout de quelques semaines. Cultures absolument semblables aux cultures mères.

A propos du procès-verbal.

Étiologie de la grossesse ectopique.

M. Larger. — Dans la communication que j'ai faite, dans la dernière séance, sur l'étiologie de la grossesse ectopique, il s'est glissé une erreur qui demande à être rectifiée (fin de la page 817, et commencement de la page 818).

Ce n'est pas dans les observations publiées par les auteurs que nous avons noté les cas de gémellité que j'indique, mais bien dans les 27 observations sur lesquelles se base notre travail.

Ce n'est pas dans les grossesses tant antérieures que postérieures à la grossesse ectopique que les 9 cas de gémellité ont été relevés, mais bien dans l'hérédité des 27 femmes atteintes de grossesse ectopique.

C'est-à-dire qu'étant donné un cas de grossesse ectopique, on trouve la gémellité *une fois sur trois* dans les antécédents héréditaires de la femme.

Rapports.

Note sur un procédé de traitement des hydrocéphalies justiciables de drainage, par M. E. Damas (de Valence).

Rapport par M. A. Broca.

M. Damas, ayant eu l'occasion d'observer, il y a quelques mois, un cas d'hydrocéphalie volumineuse avec conservation de l'intelligence chez un enfant de quatre ans, eut l'idée d'utiliser les rapports anatomiques du cul-de-sac dural et du cul-de-sac de

(1) D'habitude, les inoculations de cultures botryomycosiques ont déterminé de véritables septicémies chez le cobaye.

Douglas, de les faire communiquer à travers les deux premières sacrées et de drainer ainsi dans le péritoine, par un orifice étroit, le liquide céphalo-rachidien. M. Damas ne semble pas avoir réalisé son idée. Il nous apprend d'ailleurs tout de suite que, peu de temps après avoir imaginé ce procédé, il tombait par les hasards de la bibliographie sur quelques lignes lui prouvant que l'idée était vieille d'au moins deux ans et avait été mise deux fois à exécution par A. H. Ferguson (de Chicago).

Voici la traduction qu'il nous donne d'une analyse de ce mémoire (1) :

« Au récent meeting de Denver, le Dr Alexandre H. Ferguson (de Chicago) décrivit un des plus ingénieux procédés de drainage permanent lombo-abdominal dans le traitement de l'hydrocéphalie. En quelques mots, voici le procédé de Ferguson. Il résèque assez de l'arc osseux de la cinquième lombaire pour récliner la corde spinale et percer un trou minime, à travers le corps vertébral, jusqu'à la cavité péritonéale, trou incapable de léser l'importante structure des organes. Un fil d'argent est recourbé en S. La boucle est placée dans le ventre, les bouts sont aplatis dans le canal vertébral, en bas, le long de la queue de cheval. La plaie est suturée. Ferguson a opéré ainsi deux cas jusqu'à présent. Dans le premier, l'enfant mourut bientôt ; la cause de la mort paraît avoir été la trop grande facilité du drainage. Dans le second cas, grande amélioration, mort trois mois après de broncho-pneumonie. Evidemment, le procédé mérite un plus long essai pour prouver qu'il n'y a pas de danger de voir s'établir une fistule externe avec infection consécutive. Il serait intéressant d'observer pendant combien de temps le fil résistera à l'empiétement des tissus de granulation et permettra le drainage dans le péritoine. »

Quant à la description que nous envoie M. Damas, la voici, dans son texte exact :

« La technique opératoire peut être celle de Ferguson et l'on peut passer au niveau des vertèbres lombaires. Dans trois cas sur le cadavre (deux adultes et un fœtus féminin à terme) nous avons pu réaliser la communication entre le cul-de-sac dural et le péritoine au niveau de la deuxième sacrée. La présence du côlon pelvien ne saurait gêner; chez l'enfant, il doit être facile, par le doigt d'un aide introduit dans le rectum, de faire récliner le côlon à gauche et de faire la perforation à droite. Au besoin, si des recherches ultérieures nous y montraient quelques difficultés nous serions assez tenté de préciser l'acte opératoire par une petite incision de laparotomie permettant juste le passage d'un doigt et fermée par un point de suture.

(1) *New-York med. Journal*, 25 June 1898.

« L'anastomose serait établie par le fil de Ferguson, ou mieux par une canule fine en argent.

« L'acte opératoire pourrait se résumer ainsi : résection, temporaire ou définitive, sous-périostée des lames sacrées supérieures, incision du cul-de-sac, après compression faite pour empêcher l'issue abondante du liquide, incision de la face antérieure du cul-de-sac, perforation à la fraise de la face antérieure du sacrum, perforation au trocart du périoste et du péritoine, mise en place de la canule, suture de la dure-mère et de la peau. »

A ce propos M. Damas nous montre, en quelques lignes, dans quelles conditions ce drainage peut être tenté, et il ajoute avec grande prudence que « la ponction lombaire préalable s'imposait pour justifier l'emploi de ce procédé. »

Mais je ne veux pas suivre l'auteur dans ces considérations, qu'il fait d'ailleurs très brèves, et je n'ai pas l'intention de me demander à ce propos s'il faut tenter un traitement chirurgical quelconque de l'hydrocéphalie par drainage permanent. Mon opinion sur ce point est à peu près celle que j'ai soutenue pour le cas spécial de spina bifida — et dont vos critiques ne m'ont pas fait revenir. Mais, dans son mémoire, M. Damas nous parle encore de l'opéré de Fochier, à spina bifida excisé, suivi d'hydrocéphalie guérie par le traitement mercuriel.

Je ne me lasserai pas de répéter, tant qu'il sera besoin, que cet enfant, après avoir été *amélioré*, est venu échouer quelques années plus tard dans mon service, à l'hôpital Trousseau, idiot, paraplégique, avec d'énormes escarres trophiques aux fesses. Ce fut un de ces malheureux dont la mort était souhaitable, pour lui, pour les siens, pour la société, et il est précisément de ceux qui m'ont fait conclure que, après guérison opératoire, le résultat définitif ne valait rien.

Épithélioma cylindrique de la vésicule biliaire. Cholécystostomie au cours d'un érysipèle de la face. Disparition immédiate des douleurs. Mort au 10e jour, par M. Chavannaz, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Rapport de M. A. BROCA.

Une femme de vingt-cinq ans, de bonne santé habituelle, fut prise en 1896 de vives douleurs dans les fosses iliaques, remontant vers le creux épigastrique, et remarqua depuis cette époque une tumeur abdominale. En mai 1899, elle entra dans le service de M. Rondot pour des douleurs vives, avec ictère très prononcé. Depuis cette époque, elle maigrit, présenta des accès fébriles avec frissons et resta ictérique, avec décoloration des selles et urines

acajou. En septembre 1899, nouveau séjour dans le service de M. Pitres, et là M. Chavannaz fut appelé à la voir.

Il trouva une malade amaigrie, souffrant au point de ne pouvoir rester au lit et de demeurer jour et nuit pliée en deux dans un fauteuil, la tête appuyée sur une petite table, poussant des plaintes continues.

Dans le ventre, très volumineux, on sentait le foie hypertrophié, descendant jusque dans la fosse iliaque droite, et portant au niveau du grand droit, à droite, une saillie grosse comme une mandarine, très douloureuse à la pression. La rate paraît normale; pas d'ascite, rien de cardio-pulmonaire; pouls petit, à 92; pas de fièvre; urines rares, foncées, sans sucre ni albumine.

Le lendemain de l'examen de M. Chavannaz, le 27 septembre, survint un accès de fièvre à 39 degrés, avec frisson et état général très grave. Le 28 septembre, M. Chavannaz fut frappé d'une tuméfaction symétrique au niveau de la racine du nez et des joues; et quoique la rougeur, en raison de l'ictère, fît défaut, il diagnostiqua un érysipèle de la face; pouls à 96, température tombée à 37 degrés.

Du côté des voies biliaires, quoique la vésicule formant tumeur obligeât à quelques réserves sur la possibilité d'un néoplasme, en raison de la marche des accidents et de l'âge de la malade, M. Chavannaz conclut à un calcul du canal cholédoque. Les accidents de cholémie, les douleurs, faisaient formuler un pronostic des plus réservés, et bien évidemment l'indication était de faire cesser la rétention biliaire par une simple et rapide cholécystostomie, sans recherches du côté du cholédoque, en raison de l'état général des plus précaires. Vu l'urgence des indications hépatiques, l'érysipèle de la face ne parut point être une contre-indication.

M. Chavannaz opéra donc tout de suite, après anesthésie à l'éther. Il ouvrit facilement la vésicule, en fit sortir un peu de liquide purulent et y introduisit le doigt; la cavité était encombrée de villosités molles, un peu saignantes, et le doigt pénètre jusque dans le cystique élargi sans trouver de calcul. Il s'agissait donc, bien probablement, d'un cancer.

Aidée par une injection sous-cutanée de sérum et des inhalations d'oxygène, la malade se réveilla bien, et à partir de ce moment elle fut délivrée de ses douleurs. Les jours suivants, après avoir un peu augmenté, l'érysipèle diminua, mais au 10e jour la malade succomba, avec quelques poussées irrégulières de température, avec de la dyspnée sans signes stéthoscopiques, des phénomènes d'excitation, de la diarrhée. La bile s'écoula en abondance par la plaie. Il n'y a pas eu de vomissements.

A l'autopsie, pas de péritonite, et la vésicule adhère bien à la paroi. Les canaux cystique et cholédoque sont dilatés. Une grosse masse de ganglions occupe le hile du foie et descend vers le duodénum qu'elle enserre, oblitérant à ce niveau le cholédoque. Au fond de la vésicule biliaire existe un cancer annulaire, large de 3 centimètres, ayant au microscope la structure de l'épithélioma cylindrique.

On voit que cette observation est intéressante au point de vue du diagnostic parfois obscur entre un calcul et un cancer des voies biliaires; l'âge de la malade, l'évolution lente, les douleurs devaient faire penser au calcul, mais, comme le fait remarquer M. Chavannaz, la distension de la vésicule imposait des réserves.

Le point de thérapeutique intéressant consistait à savoir quelle détermination prendre, en raison de l'érysipèle de la face. D'abord, même lorsque le cancer eût été certain, il fallait s'en tenir, en tout cas, à la cholécystostomie, toute opération un peu longue étant sûrement contre-indiquée. Quant à la cholécystostomie, M. Chavannaz la pratiqua d'urgence précisément pour tâcher que le streptocoque n'allât pas envahir les voies biliaires, proie facile à cause de la rétention. Et à l'autopsie il a constaté qu'en effet le streptocoque infestait la bile retenue dans les canalicules intrahépatiques très dilatés.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. le Dr Chavannaz et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre correspondant.

Communications.

La ponction lombaire dans les fractures du crâne; sa valeur diagnostique et pronostique.

par M. TH. TUFFIER.

Les faits dont je voudrais vous entretenir, et dont l'un a déjà été l'objet d'une communication à la Société de Biologie (1), ont trait à un nouvel élément de diagnostic des fractures du crâne dans les cas où ces lésions ne se précisent pas par les signes cliniques habituels que nous connaissons tous.

Le 15 mai dernier un homme de vingt-six ans, renversé par un automobile, est amené à l'hôpital Beaujon. Il n'a que quelques égratignures superficielles; mais comme il se plaint de douleurs vagues, il est reçu par l'interne de garde. Au bout de deux jours il quitte le service dans lequel il se trouvait, et regagne son domi-

(1) Tuffier et Milian. Ponction lombaire et fracture du crâne (*Société de Biologie*, séance du 25 mai 1901).

cile à pied. Il revient trois jours après, le 19 mai, et entre dans mon service. Je le vois le 20 mai au matin : il se plaint d'un violent mal de tête; il est hébété, mais répond cependant aux questions qu'on lui pose; il a eu dans la matinée une crise convulsive et a perdu par le nez quelques gouttes de sang. Je pense à une fracture du crâne, sans cependant affirmer la chose, à cause du bon état général. Or, après la visite, le malade est repris de nouvelles attaques convulsives auxquelles un médecin assiste, et que ce médecin croit être de nature hystérique.

En présence de telles hésitations, j'ai l'idée de faire pratiquer une ponction lombaire, pensant qu'elle me renseignera au moins sur l'état des enveloppes cérébro-spinales : je retire, en effet, un liquide céphalo-rachidien *rosé, couleur chair*, qui s'écoule avec abondance. Pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'une contamination de l'aiguille par le passage à travers les tissus, je fais recueillir le liquide dans trois tubes successifs, et je constate que la teinte est homogène et identique dans les trois tubes. Deux heures après, le liquide s'est éclairci, et ne présente plus qu'un dépôt rougeâtre, tandis qu'à sa surface flotte un petit coagulum albumineux. L'examen microscopique, fait par M. Milian, mon chef de laboratoire, y révèle la présence de globules rouges et de globules blancs.

L'existence de cet épanchement hémorragique léger suffisait pour écarter le diagnostic d'hystéro-traumatisme, et admettre au contraire celui de fracture. En effet, à 2 heures de l'après-midi, le malade était repris de crises convulsives, tombait dans le coma, et mourait avant qu'on eût le temps d'intervenir.

Dans ce cas, que j'ai déjà rapporté à la Société de Biologie, la valeur séméiologique de la ponction lombaire a donc été affirmée par l'évolution. Il en a été de même dans un second cas que j'ai eu l'occasion d'observer peu de temps après.

Il s'agissait d'une vieille femme âgée de soixante-deux ans, qui, à la suite d'un accident de voiture, nous fut apportée dans le coma. L'absence de lésions apparentes, l'impossibilité d'avoir des renseignements sur les antécédents de la malade et sur les circonstances dans lesquelles était survenu l'accident, nous laissaient dans un grand embarras au sujet de la nature exacte du traumatisme. Étions-nous en présence d'une fracture du crâne, d'une contusion, ou d'une simple commotion cérébrale? Pour me renseigner je fis faire une ponction lombaire, et les caractères du liquide qui s'écoula nous fixèrent aussitôt sur la nature et le degré de gravité des lésions : ce liquide était absolument clair et cette constatation écartait de suite toute idée de fracture du crâne. En effet la malade se rétablit peu à peu, et aujourd'hui, près de deux

mois après l'accident qui lui est survenu, elle peut être considérée comme guérie.

Enfin, il y a quelques jours, je recevais dans mon service un homme qui était tombé d'un tramway, et qui d'ailleurs ne présentait que des symptômes insignifiants : à peine une petite plaie du cuir chevelu nous indiquait-elle que, dans la chute, le crâne était intéressé par le traumatisme. Or le lendemain cet homme présentait des accidents cérébraux graves, et le 3e jour — c'était hier — il tombait dans le coma. Une ponction lombaire faite ce matin même nous a donné, comme vous le voyez, trois tubes de liquide céphalo-rachidien fortement teinté de sang. Ce blessé est donc certainement atteint de fracture du crâne, et il ne faut pas être grand prophète pour prédire qu'il succombera aujourd'hui ou demain (1).

De ces trois faits, je me crois le droit de conclure que, dans les cas de traumatismes du crâne de diagnostic difficile, la ponction lombaire peut nous donner des renseignements non seulement sur l'existence d'un épanchement sanguin sous-arachnoïdien et par conséquent sur l'existence d'une fracture, mais encore sur la quantité de cet épanchement et partant peut-être sur l'étendue des lésions qui lui ont donné naissance, l'intensité de coloration du liquide recueilli étant en rapport avec l'intensité de l'hémorragie méningée. Il importe de ne pas faire de ponction trop précoce, car, étant donné le peu d'importance des hémorragies intra-méningées dans les fractures du crâne, il peut se faire que le liquide céphalo-rachidien lombaire ne soit teinté que tardivement, ainsi qu'il arrive pour l'ecchymose sous-conjonctivale.

J'insiste également sur la nécessité de recueillir dans trois tubes successifs le liquide obtenu par la ponction pour éviter toute erreur causée par la piqûre de l'aiguille pénétrant, sur son trajet, dans une veine quelconque.

Jusqu'ici, c'est-à-dire dans les trois cas auxquels j'ai fait allusion tout à l'heure, le liquide céphalo-rachidien s'est toujours montré stérile ; mais il n'y a pas de doute qu'à l'occasion l'examen microscopique et les cultures permettront aussi de dire si le milieu est infecté et la valeur pronostique de la ponction s'en trouvera encore accrue.

Enfin, il n'est peut-être pas téméraire de penser que ces ponctions pourront acquérir une valeur thérapeutique : la décompression des centres nerveux que nous recherchons par la trépa-

(1) Le malade est mort dans la soirée. L'autopsie a montré une fracture para-médiane de la base du crâne irradiée de l'écaille occipitale à la lame criblée de l'ethmoïde, une violente contusion de la pointe des lobes frontaux et de l'hémisphère droit du cervelet, enfin un épanchement sanguin considérable extra-cranien, ayant diffusé dans le canal rachidien.

nation ne pourrait-elle être obtenue plus simplement par une soustraction abondante de liquide céphalo-rachidien à l'aide de la ponction lombaire? Mais je ne veux pas aller plus loin dans mes conclusions et dans mes suppositions. Je me contente seulement d'indiquer dans quel esprit et dans quel sens les recherches ultérieures devront être faites.

Nouveau procédé de sutures intestinales au moyen des agrafes Michel,

par MM. CHAPUT et MICHEL.

J'ai exécuté avec les agrafes de Michel plusieurs espèces de sutures sur le chien et sur l'homme. Le procédé est extrêmement rapide et très sûr, j'ai pu faire chez l'homme une gastro-entérostomie en cinq minutes.

J'ai utilisé deux espèces d'agrafes, dues toutes deux à l'ingéniosité incomparable de M. le Dr Michel : 1° les agrafes plates qui sont les seules actuellement dans le commerce : 2° les agrafes rondes, formées simplement d'un fil métallique recourbé en crochet à ses deux extrémités.

Avec les agrafes rondes vous pouvez faire toutes les sutures imaginables, sutures perforantes ou sutures séro-séreuses, soit de dedans en dehors soit inversement. On les place avec une pince spéciale qu'il suffit de serrer, comme pour les agrafes plates.

Les agrafes plates ne sont pas d'une application aussi générale. Elles permettent d'exécuter des sutures séro-séreuses, mais à la condition de les poser dans la lumière de l'intestin, sur la demi-circonférence postérieure. Pour les demi-circonférences antérieures on ne peut employer les agrafes plates pour la première rangée de sutures, car elles sont très saillantes et gêneraient l'application de la seconde rangée. — Elles sont inutilisables aussi pour la seconde rangée séro-séreuse, car les plis séro-séreux fuient sous la pression de l'agrafe et ne se laissent pas pincer.

J'ai employé ce procédé de sutures un grand nombre de fois chez le chien, et toujours avec succès.

Je vous présente seulement une partie de mes pièces provenant d'expériences sur le chien. Entérorraphie longitudinale ; trois pièces de suture circulaire de l'intestin grêle ; suture circulaire de l'estomac ; plaie stomacale (deux étages agrafes rondes) ; suture circulaire de l'estomac (deux étages agrafes rondes).

J'ai employé aussi les agrafes chez l'homme dans 5 cas :

1er *cas. Pyloroplastie.* — Guérison.

2e *cas. Gastro-entérostomie.* — Le malade s'est empoisonné le deuxième jour. Sutures parfaites.

3e *cas. Anus iliaque*, pour une occlusion intestinale.

4e *cas. Perforation spontanée* d'ulcère simple avec péritonite généralisée. Gastro-entérostomie exécutée en cinq minutes.

5e *cas. Gastro-entérostomie* pour néoplasme pylorique, exécutée avec MM. Ménard et Grosjean, de Berck.

Dans ces trois cas les agrafes nous ont paru très avantageuses et elles n'ont eu aucun inconvénient.

Je vous présente également des préparations histologiques et des dessins exécutés par M. le professeur Cornil.

M. Pierre Delbet. — J'ai fait, il y a sept ou huit ans, un grand nombre de sutures intestinales chez le chien. J'ai suivi le processus histologique de la réunion depuis deux heures jusqu'à trois mois. Toutes nos sutures ont été faites avec des fils, et, sur le grand nombre de chiens à qui j'ai fait des résections intestinales, je n'en ai pas perdu un seul.

Dans toutes mes expériences, j'ai fait des sutures circulaires bout à bout. On a adressé dans ces derniers temps bien des reproches à la suture circulaire, on l'a accusée de produire des rétrécissements. Je ne suis pas sûr que le reproche soit justifié.

J'ai présenté jadis à la Société anatomique les intestins de deux chiens que j'avais gardés trois mois après l'opération. Or, il était impossible, même sur l'intestin ouvert, de reconnaître le point qui avait été suturé. Il n'y avait donc aucune trace de rétrécissement.

Sur un cas de pincement crural de l'intestin grêle, sans autre signe que l'irréductibilité.

par M. le Dr ED. SCHWARTZ.

La chirurgie des hernies est de pratique courante, et c'est à ce titre que je crois devoir insister sur l'observation que voici :

Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans, Mme P..., atteinte de bronchite chronique, par conséquent toussant souvent et beaucoup. Le 23 avril 1901, sans que la malade se rappelle avoir fait un effort, elle ressent une légère douleur dans l'aine droite, y porte la main, et constate la présence d'une tumeur qu'elle ne se connaissait pas avant. Très effrayée, quoiqu'elle n'ait aucun symptôme inquiétant, elle fait appeler son médecin, qui, après examen approfondi, porte le diagnostic de hernie crurale irréductible et engage l'entourage à demander une consultation, étant donnée la possibilité d'un étranglement et l'urgence d'une intervention. Cependant Mme P... ne présente aucun autre signe que l'irréductibilité de la tumeur crurale, qui n'est même pas douloureuse à la pression. Pas la moindre nausée ; va à la selle ; rend des gaz par l'anus ; pas de ballonnement. Cet état existe encore le lendemain

24 avril, jour où elle entre dans une maison de santé où je la vois dans la soirée. Femme amaigrie, atteinte de bronchite. L'examen de la région crurale nous montre une tumeur grosse comme un petit œuf, un peu tendue, comme s'il y avait du liquide, nettement pédiculée vers la profondeur, un peu douloureuse à la pression profonde, non réductible par la simple pression ; elle est bien exactement située au niveau de l'anneau crural, vers lequel se dirige son pédicule. Le ventre est souple, aucun ballonnement ; il n'y a toujours aucune nausée, aucun vomissement, quoique la malade ait bu et mangé ; selles le matin et gaz par l'anus. Pas d'anorexie appréciable, l'appétit ne paraît pas diminué. Aucune température. Le pouls est normal, bien frappé. Je portai le diagnostic de hernie crurale irréductible, et, devant le silence symptomatique complet, quoique je fusse prévenu de l'insidiosité de l'étranglement crural, je pensai plutôt à une épiplocèle irréductible, avec un peu de liquide dans le sac. Néanmoins, considérant qu'il est toujours bon de se débarrasser le plus vite possible d'une hernie crurale irréductible, ayant une arrière-pensée au point de vue de la possibilité d'un étranglement à cause de la légère tension de la tumeur irréductible, je conseillai l'opération dans le délai le plus rapide possible. Elle fut acceptée et pratiquée le 25 avril à 4 heures du soir, soit un peu plus de deux jours après la sortie de la hernie, en admettant qu'elle n'eût pas passé inaperçue malgré son existence antérieure. Le matin même, la malade a eu une garde-robe très abondante après un léger purgatif d'épreuve.

Chloroformisation facile. Incision de la peau suivant une ligne verticale. Je tombe rapidement sur le sac qui est ponctionné et qui laisse écouler quelques cuillerées à café de liquide séro-sanguinolent. Après l'avoir soigneusement abstergé et lavé, je découvre au fond du sac une petite tumeur grosse comme une noisette, non luisante, et qui est certainement l'intestin. Je glisse entre elle et le collet du sac le bout mousse du ciseau, puis j'élargis avec l'index introduit graduellement à leur place l'anneau et le collet herniaire très serrés. Je parviens alors à attirer au dehors une anse intestinale sur laquelle il est facile de voir une portion de la circonférence pincée très fortement; il s'agit incontestablement d'un pincement herniaire. L'empreinte que l'agent étranglant a produite est nettement tracée et circonscrit une étendue correspondant environ à une pièce de deux francs ; cette empreinte ne nous paraît pas, pas plus que l'état de la paroi, de nature à inspirer des inquiétudes au point de vue de la réduction de l'anse attirée ; il y a de la congestion intense, mais aucune menace de sphacèle. Le diverticule tend à s'effacer.

Réduction de l'anse pincée, puis cure radicale par ablation

du sac, ligature du collet et enfouissement dans l'anneau crural derrière des tissus fibreux suturés par devant. Réunion totale sans drainage. La malade a guéri sans aucun incident.

Voilà donc un cas de hernie crurale avec pincement latéral de l'intestin grêle manifeste, qui ne donne lieu à aucun autre symptôme que l'irréductibilité et qui ne diffère en rien d'épiplocèles crurales irréductibles que nous voyons si fréquemment ; et nous pouvons affirmer que si nous avions attendu un ou deux jours pour opérer, nous nous serions certainement trouvé en présence d'un intestin gravement compromis dans sa vitalité, en admettant que des accidents graves n'eussent pas éclaté auparavant.

Nous avons eu l'occasion de nous trouver une fois déjà en présence d'un pincement latéral de l'intestin grêle ; les accidents s'étaient déroulés tout autrement, la malade avait été prise de tous les signes d'une occlusion aiguë.

Il s'agissait d'une femme de cinquante ans, A. J..., journalière, qui entra à l'hôpital de la Pitié en 1888, le 13 avril, pour des accidents graves du côté de l'abdomen. Elle se connaissait une hernie au niveau de l'aine, avait déjà souffert à ce niveau, mais n'avait jamais porté de bandage, la tumeur restant généralement réduite. Le 6 avril, elle sort sous l'influence d'un effort ; la malade est prise de vomissements, mais continue à aller à la selle ; un médecin appelé ne reconnaît pas l'étranglement, et ce n'est que le 6e jour, le 12 avril, que, devant des accidents de plus en plus graves, elle est transportée à l'hôpital, où je la vois. Facies péritonitique ; pouls petit, misérable, fréquent ; température à 36 degrés, ventre non ballonné, souple ; vomissements verdâtres, porracés et alimentaires ; rend des matières après un lavement qui lui a été administré dès son entrée.

Dans l'aine gauche, tumeur tendue, douloureuse, mate, à pédicule profond, irréductible.

Malgré la péritonite déjà déclarée, kélotomie immédiate. On tombe sur un sac graisseux contenant du liquide clair et dans son intérieur une petite masse jaune rougeâtre en forme de bout de doigt de gant, ressemblant plus à de l'épiploon qu'à de l'intestin. Lavage du sac. Étranglement très serré au niveau du ligament de Gimbernat. Section de l'étranglement, puis dilatation avec le doigt ; il ne s'écoule aucun liquide du péritoine. J'essaie d'attirer au dehors la partie engagée ; elle se déchire ; ligature au niveau de cette partie déchirée ; pensant à de l'épiploon, je laisse rentrer la partie herniée qui se retire dans le ventre. Drain dans l'anneau crural.

Glace sur le ventre.

L'opérée continue à se refroidir et succombe douze heures après.

L'autopsie, faite au bout de vingt-quatre heures, permit de constater les faits suivants : sur l'intestin grêle, près de sa terminaison, existe une sorte de diverticule, ou plutôt une ampoule cernée sur sa circonférence par une rainure profonde avec section complète en un point. La paroi de l'intestin, au niveau de l'ampoule, est très altérée, mais sans présenter la teinte feuille morte caractéristique de la gangrène ; la plaque est située sur la circonférence de l'intestin, opposée à l'insertion mésentérique, et ne siège guère que sur la moitié de cette circonférence ; le calibre de l'intestin est perméable. Il ne s'agit pas d'un diverticule de Meckel, mais bien d'un pincement latéral, d'une hernie incomplète, de la hernie dite de Richter. Péritonite généralisée ; pas de matières dans le ventre.

Tandis que chez cette malade le pincement latéral s'était traduit par tous les signes d'un étranglement manifeste, et qu'il ne pouvait y avoir aucune hésitation au point de vue du diagnostic, chez notre dernière opérée l'on peut dire qu'à part l'irréductibilité d'emblée, la légère tension douloureuse de la tumeur crurale, aucun autre signe ne pouvait nous mettre sur la voie d'un diagnostic précis. Silence complet du tube digestif ; même l'anorexie nous a manqué ; la malade n'a accusé aucune modification appréciable de ce côté. Nous connaissons tous, pour les avoir observés, ces cas d'étranglement crural, insidieux, où les signes fonctionnels sont très peu accusés, nullement en rapport, en tout cas, avec l'intensité de la lésion intestinale, et sur lesquels notre maître Gosselin avait déjà appelé l'attention. Ce sont des étranglements qu'on pourrait presque appeler latents avec Jaboulay (1) ; et cependant, quand on les recherche, on trouve, outre l'irréductibilité et les signes physiques du côté de la tumeur, quelques signes fonctionnels, peu accusés, il est vrai, mais qui n'en existent pas moins : un ou deux vomissements, du malaise et surtout l'anorexie qui, pour ainsi dire, ne manque jamais.

Nous avons recherché dans les travaux parus sur le pincement latéral toutes les observations publiées ; les plus complètes, sinon les plus précises, sont le mémoire d'Adam (de Nancy) (2), puis celui de Vires (de Montpellier) (3). Nous n'en avons trouvé aucune se rapprochant de celle que nous venons de vous rapporter.

Dans un mémoire plus récent encore, de *Sheey*, qui a publié trois cas de hernies de Richter (4), nous n'avons trouvé rien de pareil. Il s'agit, par conséquent, d'un fait rare.

(1) *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. VII, p. 607.
(2) *Du pincement latéral de l'intestin*. Steinheil, 1895.
(3) *Nouveau Montpellier médical*. Supplément, pp. 99, 138, 201, 341, 407 ; 1897.
(4) *Practitioner*, London, pp. 356, 361, t. LXI, 1898.

Il nous permet de bien appuyer encore une fois sur ce point, qu'en fait d'étranglement crural, les phénomènes fonctionnels et généraux sont à mettre au second plan; que les phénomènes physiques, les signes tirés de l'examen de la tumeur herniaire, doivent avoir pour nous une signification bien plus importante, nous dirons essentielle.

Dans notre cas, ils n'étaient eux-mêmes pas très marqués; toutefois : 1° l'irréductibilité d'emblée avec douleur constatée chez une malade qui a l'habitude de bien s'observer et qui affirme n'avoir pas eu connaissance d'une tumeur antécédente, 2° la tension de la tumeur, peu accentuée, il est vrai, mais certaine, étaient des motifs suffisants, avec ce que nous savons de la marche si insidieuse des hernies crurales, pour nous armer et nous faire intervenir. En admettant que nous nous fussions trompé, et qu'il se fût agi d'une épiplocèle crurale irréductible d'emblée, notre conduite n'eût pu qu'être utile à la malade. Je finis en concluant que toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une hernie, spécialement d'une hernie crurale, irréductible d'emblée, et alors même qu'on peut penser à une épiplocèle, il vaut mieux intervenir le plus tôt possible plutôt que de risquer de laisser évoluer un pincement latéral de l'intestin.

M. Quénu. — Si j'ai bien compris la communication de M. Schwartz, il a voulu établir que le pincement latéral de l'intestin pouvait coïncider avec une absence de symptômes fonctionnels et une réaction générale aussi minime que possible.

J'ai observé un fait semblable chez une femme de trente-quatre ans, chiffonnière, et qui présentait une toute petite tumeur crurale. Je fis le diagnostic de hernie crurale étranglée, et pratiquai l'opération à la Fondation Pereire, à Levallois, bien que la libre circulation fût conservée pour les gaz et pour les matières.

Je trouvai un pincement latéral de l'intestin, caractérisé par ce fait qu'une portion seulement de l'anse intestinale était étranglée, et ne communiquait avec la lumière intestinale que par un orifice rétréci.

Les auteurs classiques pensent que même dans les pincements latéraux de l'intestin il y a suppression des gaz; or, cela n'est pas exact. Il faut bien savoir qu'un pincement latéral peut ne donner lieu à aucun trouble fonctionnel dans la circulation intestinale.

Au point de vue pratique, il faut conclure à la nécessité d'aller directement inspecter les orifices herniaires, chaque fois qu'il s'y passe quelque chose d'anormal, et, suivant l'expression de M. Re-

clus, il ne faut sortir de la chambre du malade que lorsque la hernie est rentrée.

M. Rochard. — J'ai observé un cas de pincement latéral de l'intestin grêle se présentant dans des conditions particulières, et quoique les symptômes généraux ne fussent pas complètement absents, sauf la constatation de vomissements, ils étaient de peu d'importance et c'est pourquoi je rappelle cette observation à propos de ce que vient de nous dire M. Schwartz.

Le 16 avril 1894, je fus appelé dans la soirée à Lariboisière, pour examiner un malade couché salle Ambroise-Paré, n° 4, et présentant les signes d'une occlusion intestinale.

Cet homme était atteint depuis l'âge de douze ans d'une hernie inguinale droite. Il portait un bandage, mais néanmoins la hernie sortait souvent; la réduction en était toujours facile. Le 13 avril, à la suite d'efforts de toux, la hernie sortit sous le bandage, et ne put être rentrée. Dans la nuit, des nausées et des vomissements apparurent en même temps que le cours des matières et des gaz s'arrêtait. Le 14, le malade se rendit à la consultation de l'hôpital Saint-Louis à pied; on lui fit des manœuvres, nous dit-il, sa hernie rentra, et dans la journée il rendit quelques gaz par l'anus; mais les vomissements ne cessèrent pas et il entra le 16 à Lariboisière.

Quand je le vis, l'aspect général n'était pas mauvais, le pouls était bon; mais le ventre était ballonné, un peu douloureux à la pression au niveau du flanc droit.

Il y avait encore des vomissements, et quoiqu'il eût en ma présence une selle copieuse en diarrhée, je me mis en demeure de l'opérer.

Comme le trajet inguinal, autrefois occupé par la hernie, était maintenant absolument libre, que le doigt y pénétrait sans laisser rien sentir, je ne fis pas la herniotomie, mais pratiquai une laparatomie sous-ombilicale médiane. J'introduisis la main dans l'abdomen et je la dirigeai immédiatement vers l'orifice péritonéal du canal inguinal.

Je constatai aussitôt qu'une anse de l'intestin grêle pénétrait dans cet orifice, et s'y était étranglée. Avec beaucoup de douceur, je fis une traction sur cette anse qui céda, vint à moi, et, l'attirant au dehors, je vis que j'avais affaire à un pincement latéral se manifestant par une petite tuméfaction qui ne tarda pas à s'effacer une fois la réduction faite. L'anse n'était que congestionnée, et il n'y avait pas à craindre de perforation au niveau du siège du pincement latéral; je réduisis l'intestin après avoir nettoyé le siège de l'étranglement et fermai le ventre.

Les suites de l'opération furent des plus simples et quinze jours après le malade quittait l'hôpital, complètement guéri, ayant refusé de subir la cure radicale de son sac herniaire.

M. Lejars. — J'ai observé plusieurs faits de pincement latéral de l'intestin, et, comme M. Schwartz, j'ai constaté que la symptomatologie pouvait être extrêmement vague et indécise. Il y a d'ailleurs, m'a-t-il semblé, plusieurs types cliniques dans les pincements latéraux. Les accidents sont parfois très aigus, très rapides, et la douleur, en particulier, des plus accusées; ainsi en était-il dans un cas de pincement ombilical que j'opérai à Lariboisière il y a plusieurs années. Ailleurs les phénomènes intestinaux sont très atténués, les vomissements manquent, l'arrêt stercoral est incomplet, mais l'intoxication générale n'en progresse pas moins. Chez une dame âgée, cette absence de symptômes révélateurs fit retarder de plusieurs jours le recours à la chirurgie, et l'état général était si compromis, quand je l'opérai, que, malgré la simplicité de l'intervention, l'absence de sphacèle intestinal et de péritonite, la stercorémie continua et la malade s'éteignit le lendemain,

Enfin j'ai relevé le manque absolu de tout accident chez une malade de la Pitié, qui était entrée depuis dix jours dans un service de médecine, pour de la bronchite, et chez laquelle on s'aperçut fortuitement de la présence d'une grosseur rouge à l'aine droite. On crut à un abcès ganglionnaire, mais le siège de la tumeur et son pédoncule profond nous montrèrent qu'il s'agissait d'un abcès stercoral, et, de fait, je trouvai, dans un sac inguinal, un pincement latéral, sphacélé.

Je conclurai donc aussi qu'il ne faut jamais se fier à des signes aussi variables, et qu'il faut toujours intervenir d'emblée dans les cas douteux.

M. Broca. — J'ai recueilli une observation analogue à celle dont nous a parlé M. Rochard sur une femme auprès de laquelle, il y a quelques années, j'ai été appelé d'urgence à l'hôpital Lariboisière. Autant que je me souvienne, l'occlusion était complète, et nous étions en présence d'une occlusion intestinale, sans rien d'appréciable au niveau d'une région herniaire quelconque. Après laparotomie je trouvai un pincement latéral d'une anse étranglée dans l'anneau crural droit. Je réussis, sans aucune difficulté, à réduire l'anse, qui était en bon état, et je terminai par la résection du sac retourné en doigt de gant, de dehors en dedans. La malade a guéri.

Quant au cas de M. Quénu, il n'a pas, d'après la figure que

M. Quénu nous a faite au tableau, l'aspect habituel des pincements latéraux, lesquels, d'après ce que j'ai vu, me paraissent serrer plus largement l'intestin, plus près du bord mésentérique; et quand on voit ainsi une saillie en forme de bouteille, avec goulot étroit, il me semble plus exact d'admettre le pincement d'un diverticule préexistant. Cela ne change d'ailleurs rien aux considérations cliniques auxquelles prête la possibilité d'accidents spéciaux dans les étranglements incomplets, pincements latéraux ou pincements diverticulaires et appendiculaires.

M. Pierre Delbet. — J'ai vu, comme la plupart de nos collègues, des pincements latéraux dans les hernies crurales. Madelung a imaginé une théorie pour expliquer que, dans certaines circonstances, l'étranglement d'une anse complète peut simuler un pincement latéral, mais je ne veux pas discuter cette question délicate. S'il est vrai qu'il y a des causes d'erreur possibles, il est non moins vrai que les pincements latéraux existent.

Nous savons tous que la symptomatologie des hernies crurales étranglées est souvent tout à fait trompeuse. Des pincements latéraux s'accusent parfois d'une manière dramatique, tandis que les étranglements d'une anse complète peuvent être tout à fait insidieux. J'ai observé plusieurs cas de ce genre à l'étude desquels j'ai consacré des leçons cliniques. J'en ai vu un récemment encore dans des circonstances particulièrement pénibles.

Un malade fut amené un soir dans mon service. Le lendemain matin, j'étais un peu pressé lorsque je passai près de son lit; l'interne distingué qui l'avait examiné me dit qu'il avait quelques petits ganglions dans le pli de l'aine et que je pouvais sans aucun inconvénient remettre son examen au jour suivant. Le lendemain, je constatai qu'il avait une hernie crurale étranglée, et, bien que le malade n'eût pas eu un seul vomissement, l'intestin était sphacélé. Je dus en réséquer une dizaine de centimètres, et le malade a succombé neuf jours après.

Je ne veux pas insister davantage sur ces faits, car la doctrine que vient d'exposer M. Quénu est universellement admise. Toutes les fois qu'une hernie devient brusquement irréductible, il faut l'opérer.

Mais je tiens à confirmer ce que vient de dire mon ami Broca. Il existe des pincements ou plutôt des étranglements diverticulaires qui peuvent faire croire à des pincements latéraux. Ces deux ordres de faits sont cependant faciles à distinguer. Lorsqu'il s'agit d'un pincement latéral vrai, c'est-à-dire du pincement d'une portion d'une anse normale, le petit cône formé par le pincement s'affaisse dès qu'on a levé l'étranglement et qu'on redresse l'anse.

Au contraire, quand les parties conservent, après qu'on a levé l'étranglement, l'aspect que M. Quénu a représenté sur le tableau, c'est que l'étranglement avait porté non sur une portion d'anse normale, mais sur un diverticule préexistant.

M. Reclus. — M. Schwartz s'est félicité d'être intervenu très tôt dans son cas : nous sommes tous d'accord pour enseigner que dès qu'on trouve dans une région herniaire quelque chose d'anormal, il faut agir, aller y voir.

M. Guinard. — Je peux appuyer les réflexions pratiques de M. Reclus en citant une observation personnelle de pincement latéral de l'intestin.

Pendant que j'étais interne à l'hôpital Saint-Antoine, je fus appelé auprès d'un jeune homme qui avait tous les signes d'un étranglement intestinal. Un traumatisme abdominal avait provoqué l'apparition brusque d'une grosse hernie inguinale droite. Avant de faire appeler d'urgence un chirurgien du Bureau central, nous fîmes quelques manœuvres de réduction, et la hernie se réduisit assez facilement. Dans la nuit, malgré cette réduction, les accidents s'aggravèrent, et le malade avait succombé dans le collapsus avant l'arrivée du chef de service, le lendemain matin.

L'autopsie nous montra qu'il y avait un canal vagino-péritonéal persistant avec deux anneaux étroits, l'un entre la séreuse funiculaire et le péritoine, et l'autre entre la vaginale et la séreuse funiculaire. J'avais réduit la masse intestinale herniée dans la séreuse funiculaire : mais il persistait un très petit pincement latéral d'une anse grêle, au niveau de l'anneau vagino-funiculaire. C'est à ce pincement latéral, donnant dans la vaginale une tumeur comme un gros pois, au contact direct du testicule, qu'étaient dues la persistance des accidents et la mort. Si pareille aventure m'arrivait aujourd'hui, il est bien clair que je ne me contenterais pas de manœuvres de réduction, en présence de symptômes graves d'étranglement. — Je crois que tout le monde ici est du même avis — et je n'insiste pas d'avantage.

M. Rochard. — Je ferai remarquer que c'est à un pincement latéral de l'intestin grêle dans l'orifice profond du canal inguinal, que j'ai eu affaire et que si les pincements latéraux dans le canal crural, sans être fréquents, ne sont pas très rares, il n'en est pas de même des pincements latéraux dans la hernie inguinale, où ils sont tout à fait exceptionnels.

M. Schwartz. — Je suis heureux des réflexions de M. Reclus puisqu'elles sont en tout superposables aux conclusions de mon

travail : si j'ai apporté devant vous ces observations, c'est que leur importance pratique n'est pas connue de tout le monde, — et nous voyons un interne, c'est-à-dire un homme instruit, méconnaître leur haute portée pratique !

Il faut certainement distinguer les pincements diverticulaires des pincements réellement latéraux de l'intestin; mais la conclusion pratique est la même. En cas de doute, intervenir toujours.

Discussion

Sur les fibromes du cou, néoplasmes et irritation.

M. Bazy. — Les tumeurs développées autour de foyers d'irritation ou d'inflammation subaiguë ne sont pas rares.

J'ai vu dans des conditions analogues à celles de M. Delbet une vésicule biliaire qui avait subi un développement et un épaississement considérable, qui s'était entourée d'adhérences, d'indurations très marquées de l'épiploon avoisinant, à tel point qu'après l'avoir incisée et l'avoir débarrassée d'un nombre considérable de calculs qu'elle contenait, et ayant porté le pronostic le plus grave, pensant à un cancer, je m'étais contenté de l'aboucher à la peau, non sans avoir prélevé un fragment de cette vésicule qui fut examinée par notre collègue Brault : c'était une vésicule atteinte seulement d'inflammation chronique.

Or, toutes ces productions fibreuses, toutes ces indurations ont disparu progressivement.

L'opération date de cinq ans; j'ai revu la malade. Il n'existe plus d'induration au niveau de la vésicule biliaire; mais elle est venue me revoir ces jours derniers avec un épithélioma inopérable de l'utérus.

Dans un autre ordre d'idées, on peut voir autour de fistules urétrales anciennes se développer de véritables tumeurs. Je ne parle pas ici des indurations plus ou moins étendues et épaisses qui se développent autour des trajets fistuleux, mais de véritables tumeurs.

On peut voir représenté dans l'*Atlas des malaies des voies urinaires* de F. Guyon et P. Bazy un véritable fibrome du périnée, gros comme le poing, provenant du service de M. Ch. Monod, et qu'il a opéré comme une vraie tumeur.

La texture était celle d'un fibrome.

M. Potherat. — J'avais demandé la parole, dans la dernière séance (10 juillet), au cours de la communication de mon ami

Pierre Delbet, pour vous apporter une observation absolument comparable à celle de notre collègue, et pour présenter quelques observations sur les considérations générales qu'il a exposées à propos de son cas personnel.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler cette observation de Delbet; il s'agissait d'une femme chez laquelle ce chirurgien vit survenir une tumeur de l'abdomen, tumeur à extension progressive, à évolution en quelque sorte maligne, et qui n'était autre, ainsi que le montra l'ablation difficile de cette tumeur, qu'une masse due à un processus de réaction inflammatoire et développée autour d'un calcul hépatique sorti des voies biliaires.

Le fait que j'ai observé est absolument identique; même aspect clinique, même processus pathologique, région anatomique identique; seule la cause initiale, l'agent irritatif, diffère, ainsi que vous allez en juger.

Il y a près de sept ans, un confrère de province, instruit et expérimenté, me demandait d'examiner avec lui un vieillard de soixante-dix ans passés, chez lequel il avait diagnostiqué une tumeur maligne du côlon descendant. Cette tumeur était apparue quelques mois auparavant; elle s'était développée relativement vite; elle paraissait s'étendre en dimensions et retentir sur l'état général. Le vieillard, qui était jusque-là un homme alerte, vigoureux, malgré son âge, perdait de son appétit, de ses forces, et de ses couleurs relativement vives. Il est bon toutefois de faire remarquer que ses connaissances scientifiques le mettaient à même de s'inquiéter plus qu'un autre de ce que lui était survenu, et qu'il suivait les progrès de son mal avec une anxiété bien capable d'agir secondairement sur son état général d'une manière fâcheuse. La tumeur siégeait dans le flanc gauche, au-dessus de la crête iliaque; elle s'étendait de l'épine iliaque antérieure jusqu'au voisinage des fausses côtes. Elle était absolument dure, ligneuse, assez régulière dans son ensemble, mais avec une surface rugueuse. Elle était indolore à la pression; la peau n'avait au devant d'elle subi aucune altération. Venait-on à relâcher la paroi abdominale, on la limitait assez bien, on la mobilisait même un peu dans le sens vertical et surtout dans le sens transversal. Provoquait-on la contraction des muscles de la paroi, elle disparaissait presque totalement; cependant on arrivait à la sentir encore un peu. Elle n'était donc pas dans la paroi, mais devait adhérer à celle-ci dans la profondeur. Enfin la percussion faite à son niveau donnait de la sonorité intestinale.

Il semblait donc bien, de par tous ces signes, joints à l'âge du malade, de par l'évolution progressivement extensive, de par des troubles intestinaux de constipation intermittente avec périodes

d'évacuation plus facile, il semblait bien, dis-je, qu'il s'agissait là d'un néoplasme malin du gros intestin. Deux points seulement me troublaient : il n'y avait pas de fausses envies d'aller à la garde-robe, pas de glaires sanguinolentes ou non, et le malade, absolument compétent, puisqu'il s'agissait d'un confrère, affirmait qu'à certains moments la tumeur diminuait, puis se développait à nouveau. Néanmoins, j'attachai peu d'attention à ces détails qui ne me paraissaient pas avoir d'importance réelle, et, à la demande du malade lui-même, je fis une intervention qui dans mon idée devait me conduire soit à une résection intestinale, soit à un anus contre nature, soit même à une simple exploration.

Je fis donc une incision latérale sur le sommet de la tumeur, incision au devant du côlon et parallèle à lui. Je traversai successivement la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose du grand oblique sans rien trouver d'anormal. Le petit oblique avait son aspect normal, mais les fibres les plus profondes adhéraient fortement, et quand je les eus séparées par décollement, je me trouvai sur une masse dure, fibreuse, un peu irrégulière, ayant envahi le muscle transverse, dont les fibres dégénérées ne devenaient distinctes que très loin du centre du foyer opératoire. Tout comme Delbet je voulus énucléer, libérer la tumeur, mais il n'y avait pas de limites nettes, et les tissus sains, d'apparence, étaient très éloignés ; aussi, je fendis verticalement la tumeur en procédant doucement, prudemment, car je pensais devoir finalement aboutir au côlon. Je traversai ainsi plus de deux centimètres et demi d'un tissu fibreux, dur, criant sous le bistouri, et j'arrivai en fin de compte dans une cavité grande comme celle d'une petite noix, contenant un liquide jaune clair, un peu visqueux. De toutes parts cette cavité était limitée par le même tissu dense, ligneux, fibroïde. J'en réséquai superficiellement une grande partie, de manière à mettre largement à découvert la cavité intérieure ; je nettoyai celle-ci avec soin en la frottant, je la bourrai de gaze iodoformée, et j'achevai l'opération par quelques points de suture opposés sur les plans superficiels de la paroi abdominale. Les suites de cette intervention furent des plus simples : au bout de quelques semaines, sans sécrétions abondantes, sans suppuration, mais par une sorte de régression physiologique, la masse indurée diminuait, puis disparaissait, et enfin la guérison complète survenait, guérison définitive et qui s'est maintenue, car cet homme est encore aujourd'hui vivant, et rien de ce côté n'est venu troubler sa quiétude. Très rapidement l'état général était revenu à la normale.

Cette observation est donc en tous points comparable à celle de mon ami Delbet. La nature des accidents, l'évolution de la

tumeur conduisaient forcément au diagnostic de tumeur maligne, et cependant il ne s'agissait là que d'une tumeur inflammatoire déterminée par la présence d'un corps irritant. L'agent d'irritation inflammatoire fut chez le malade de Delbet un calcul biliaire ; il avait été ici, le malade me l'apprit après son opération et quand je lui eus dit les résultats de l'intervention, le liquide d'une injection organique, faite par lui-même pour remonter ses forces, sous l'inspiration des travaux de Brown-Séquard. Mon observation est donc à joindre à celle de Delbet, cela n'est pas douteux.

Mais devons-nous juxtaposer ces faits à ceux que notre collègue Ricard a observés au niveau du corps thyroïde et qui lui ont fourni la matière de son intéressante communication ? Cela semble logique, puisque l'étude clinique et l'étude anatomo-pathologique des faits de Ricard et des faits analogues montrent que, dans ces thyroïdites d'apparence maligne, on ne trouve qu'un tissu fibreux, analogue à celui qui résulte d'un processus inflammatoire ; puisque l'intervention chirurgicale montre une masse diffuse, sans limites précises, enserrant les organes si intimement qu'ils ne peuvent être dissociés, comme dans le cas de Delbet et dans le mien ; puisque enfin une ablation même partielle peut être suivie d'une complète résolution, ainsi que le montrent quelques faits.

Il y a donc entre ces thyroïdites et les processus inflammatoires par irritation bien des points de contact, bien des similitudes cliniques et anatomiques ; toutefois, il convient de faire remarquer que si, dans l'observation de Delbet et dans la mienne, l'agent qui a mis en marche le processus inflammatoire est patent, il n'a pas encore été trouvé ni indiqué dans les tumenrs thyroïdiennes, et que sur ce point particulier l'analogie si évidente jusque-là disparaît, au moins dans l'état actuel de nos connaissances.

Enfin je ne crois pas qu'il y ait de rapprochement à établir entre ces tumeurs inflammatoires et les néoplasmes malins, et que l'étude de celles-là puisse beaucoup éclairer la nature de ceux-ci. Sans doute l'évolution clinique semblable à celle des tumeurs malignes est bien faite pour nous conduire au diagnostic de néoplasme malin ; mais ce n'est là qu'une apparence, un trompe-l'œil. Malgré leur dureté, leur extensivité rapide, leur envahissement de proche en proche, ces tumeurs inflammatoires diffèrent des néoplasmes malins par les deux termes qui précisément caractérisent la malignité, à savoir la tendance à la récidive et la tendance à la généralisation. Ces deux tendances manquent absolument ici ; et il existe, au contraire, une grande tendance à la disparition par résolution, puisque celle-ci peut survenir peut-être spontanément, en tout cas par une ablation même partielle.

Et cette dernière particularité est bien intéressante, car elle nous montre, s'il s'agit là véritablement d'un processus inflammatoire comme ceux que nous avons observés, qu'en présence de thyroïdites comme celles de Ricard, il ne serait pas nécessaire de recourir à des opérations aussi graves que celles qu'il a pratiquées, avec un plein succès d'ailleurs.

M. Berger. — C'est s'engager dans une discussion très étendue, d'établir un parallèle entre les fibromes que Ricard a observés au cou et les tumeurs similaires de l'abdomen.

Je m'en tiendrai aux seules observations de Ricard, et rapporterai un fait semblable. J'ai été consulté par un homme de cinquante ans qui portait sur le côté droit du cou une tumeur profonde; cette tumeur, indolente absolument, n'ayant jamais donné lieu à aucune douleur spontanée, se trouvait dans des limites très étroites avec l'appareil thyro-hyoïdien.

Je pensai à un néoplasme malin, développé dans le lobe droit de la thyroïde, et avec d'autant plus de raison qu'il existait deux ou trois ganglions dans le creux sus-claviculaire du même côté.

Il y avait cependant quelque chose qui ne cadrait pas avec ce diagnostic de néoplasme. La santé générale était parfaite, et, malgré la déviation de la trachée, il n'existait aucun trouble respiratoire, pas plus qu'aucune gêne de déglutition : or, cette dysphagie primitive est, pour moi, un des symptômes les plus importants de la malignité d'une tumeur.

Il me restait donc quelques doutes sur la nature de cette tumeur. Aussi, avant de l'enlever, conseillai-je un traitement par l'iodure de potassium, pensant que ce néoplasme était peut être symptomatique d'une syphilis tertiaire.

Lorsque je revis mon malade au bout de quelques semaines, la tumeur n'avait certes pas augmenté; la déviation de la trachée était moindre, et l'engorgement ganglionnaire avait complètement disparu.

Je ne veux pas dire que, dans ce cas, il s'agit réellement d'un fibrome péri-thyroïdien semblable à ceux observés par M. Ricard; mais il faut que nous connaissions ces tumeurs, soit inflammatoires, soit infectieuses.

Il y a un point sur lequel je me séparerai de M. Ricard : c'est sur le traitement. Je ne me laisserai pas entraîner à des opérations aussi graves que celle qu'il a pratiquée : à cela il répondra que sa malade présentait des troubles fonctionnels menaçants, qu'il a cherché à extirper la tumeur et l'a enlevée, et que son opérée a guéri.

Mais il ne faut pas méconnaître que cet acte opératoire (pour

une inflammation peut-être banale) est grave : il est sérieux de lier une carotide, de réséquer une jugulaire, de sectionner un pneumogastrique, bien que chacun de nous ait pratiqué des opérations semblables.

Certainement ces interventions appliquées à des tumeurs malignes pourront donner des résultats, mais je les considère comme exceptionnels; et cependant j'ai enlevé un épithélioma de la thyroïde qui n'a pas été suivi de récidive; et, dans un autre cas, j'ai enlevé un épithélioma aberrant de cette même glande, par une opération très étendue et très laborieuse : deux ans après il n'y avait pas de récidive!

M. Reclus. — Je suis un peu de l'avis de M. Berger, et nous ne devons pas sortir, dans cette discussion, des tumeurs fibreuses périthyroïdiennes. Cependant une affection peut être confondue avec ces fibromes, je veux parler de ce que j'ai décrit sous le nom de *phlegmon ligneux du cou* : il ressemble beaucoup aux tumeurs malignes de cette région, et j'ai en ce moment-ci dans mon service un malade qui présente une tuméfaction indurée des parties latérales du cou, avec torticolis, qui simule un cancer.

Il est démontré que ces tuméfactions sont développées sous l'influence de microbes pyogènes, qu'il s'agisse du bacille de Lœfler ou d'un bacille analogue, ou du staphylocoque doré pur, comme je l'ai observé chez une autre malade. De temps en temps, un petit abcès se produit dans un point culminant de la tumeur.

J'en suis arrivé à me poser la question : faut-il ou ne faut-il pas intervenir? Tous mes malades ont mis plusieurs semaines, plusieurs mois à guérir, mais ils ont guéri tout seuls, ce qui fait que je considère comme inutiles les grandes interventions.

M. Quénu. — Nous sommes dans un véritable tourbillon, dans un dédale de questions aberrantes. Il y a quelques jours, avec Ricard, nous étions dans le cou; avec d'autres, nous sommes passés dans le ventre, puis revenus à la thyroïde, pour finir par les phlegmons ligneux du cou.

Cette dernière affection a déjà été discutée à la *Société de Chirurgie*, sans que d'ailleurs nous nous soyons mis d'accord sur sa nature. En tout cas, elle me semble n'avoir aucun rapport avec les tumeurs fibreuses du cou.

M. Berger. — Le phlegmon ligneux du cou peut certainement ressembler à une tumeur maligne; mais il me semble toujours possible d'en faire le diagnostic.

Un de mes collègues de l'Académie m'appela auprès d'une dame

âgée, qui avait, me dit-il, un cancer de la thyroïde. Je trouvai une énorme plaque au niveau du cou, et la dureté de cette tumeur, son siège élevé, unilatéral, me permirent de faire le diagnostic de phlegmon ligneux. Quelques petites ponctions, suivies de l'écoulement d'une certaine quantité de liquide, mirent fin en deux mois aux accidents.

M. Reclus. — Je ne veux pas heurter l'écueil dont on a parlé M. Quénu et je ne lui répondrai pas. Mais il me permettra de penser que les phlegmons ligneux du cou peuvent être confondus avec les tumeurs fibreuses.

Présentations de malades.

Luxation traumatique ancienne du métatarse en dehors.

M. Quénu présente un jeune malade âgé de vingt ans, atteint de luxation traumatique ancienne du métatarse en dehors. L'observation complète et la radiographie seront publiées dans la *Revue de Chirurgie.*

Calculs du cholédoque.

M. Routier. — Messieurs, je vous avais dit quelques mots dans la dernière séance à propos d'une malade présentée ici par notre collègue et ami Schwartz ; aujourd'hui, je vous présente la malade dont il s'agissait.

M... C..., âgée de quarante-deux ans, me fut envoyée le 8 juin pour une crise hépatique avec fièvre, elle avait 39°2. Elle était vert bouteille, son ictère était très intense, ses matières étaient décolorées, ses urines très foncées contenaient cependant fort peu de pigment biliaire.

La défense musculaire au niveau de la région de la vésicule biliaire empêchait tout examen.

Après dix jours de repos, la fièvre était tombée, toute la région de la vésicule restait douloureuse, on devinait une masse dure au-dessous : l'ictère persistait.

Le 18 juin, je pratiquai la laparatomie à travers le muscle droit, comme je le fais depuis très longtemps : mon incision est parallèle à ses fibres, que je sépare par la sonde cannelée.

La vésicule, fort petite et difficile à trouver, contient un petit

calcul; je détache cette vésicule et du foie et des intestins, en suivant le canal cystique, je finis par sentir fort loin, contre la colonne vertébrale, une ou deux nodosités qui se déplacent et me font bien l'effet de calculs.

Je prends alors la vésicule que je fends, et je suis ainsi la muqueuse, je dépasse un rétrécissement fibreux très net, puis après un ou deux coups de ciseaux sur le canal au delà du rétrécissement, je fais sortir par une marche rétrograde, en les pinçant entre les deux index profondément enfoncés, les quatre calculs que voici.

J'ai cru en avoir fait glisser un dans l'intestin.

Je n'ai rien suturé sur les voies biliaires : j'ai lié au catgut double la vésicule et le canal qui lui faisait suite, aussi loin que possible, et j'ai extirpé la vésicule très atrophiée.

Puis j'ai placé un gros drain avec deux mèches placées au-dessous comme un plancher isolant l'intestin. Elle a perdu de la bile au début en grande abondance : cet écoulement a cessé le 3 juillet. Elle est cicatrisée depuis le 10 juillet, jour où elle a quitté mon service.

Cure radicale et orchidopexie.

M. Walther. — Je vous présente un malade que j'ai opéré il y a un mois pour une hernie inguinale congénitale avec ectopie inguinale.

J'ai dégagé le testicule, et après avoir, comme je le fais toujours, libéré très largement et très haut le cordon, j'ai pu abaisser le testicule, et pour le maintenir je l'ai fait passer dans une boutonnière faite à la cloison des bourses et rétrécie ensuite par un point de catgut, suivant un procédé qui m'a été indiqué par mon ancien interne M. Desjardins. Comme vous pouvez le voir, le résultat est très bon : le testicule se maintient bien en place. Je tâcherai de retrouver des malades que j'ai opérés depuis longtemps, soit par ce procédé, soit par d'autres, et qui ont aussi obtenu un résultat très satisfaisant.

Présentations de pièces.

Tuberculose rénale greffée sur une hydroronéphrose ouverte.

M. F. Legueu. — J'ai l'honneur de vous présenter une pièce curieuse, je crois, par sa rareté. C'est un rein que j'ai enlevé par

la néphrectomie lombaire, et qui présente à la fois une hydronéphrose ouverte par rétrécissement de l'extrémité supérieure de l'uretère, et des lésions plus récentes de tuberculose, localisées dans la partie corticale du rein.

La malade à laquelle appartenait cette pièce avait depuis neuf ans des crises douloureuses dans le rein droit, de caractère réno-urétéral. Ces crises se reproduisaient tous les huit ou dix jours, durant de quelques heures à deux jours, en immobilisant pour ce temps la malade.

Dans ces derniers temps une crise plus forte, plus grave que les autres, s'était produite, qui avait forcé la malade à entrer à l'Hôtel-Dieu.

On constatait dans le flanc droit une tuméfaction vague, sous-hépatique, que la contracture de la paroi ne permettait pas de définir nettement. La température s'éleva pendant cette crise jusqu'à 40 degrés, et retomba ensuite progressivement à la normale.

Ce n'est qu'une fois que la crise fut passée, que je constatai dans le flanc droit un rein gros à la fois et mobile et douloureux. Je pensai donc avoir affaire à un rein mobile avec accidents anciens d'hydronéphrose intermittente : mais les urines étaient un peu troubles, de plus il y avait eu de la fièvre; je pensai donc que depuis quelque temps ce rein s'était infecté, et je me proposais en opérant cette malade de vérifier d'abord par l'exploration mon diagnostic, et s'il se confirmait, de pratiquer une de ces anastomoses, entre l'uretère et le bassinet, que j'ai pratiquées à plusieurs reprises.

A l'incision, le rein me parut bosselé en deux ou trois endroits par des foyers de suppuration. Le bassinet était dilaté, comme vous le voyez, et cette dilatation était la conséquence d'un rétrécissement de la partie supérieure de l'uretère.

L'altération constatée du rein commandait ici la néphrectomie : avant de la faire, j'incisai cependant le rein pour être bien sûr qu'il était impossible de le conserver, et je reconnus l'existence de cavernes tuberculeuses disséminées dans la substance corticale.

Il y en a trois : elles sont complètement indépendantes du bassinet, avec lequel elles n'ont aucune communication. Il s'agit bien de tuberculose, l'examen histologique l'a démontré. Quant au bassinet, il ne présente rien autre que des lésions de dilatation sans trace aucune d'inflammation. Il ne s'agit donc pas ici d'une hydronéphrose tuberculeuse; il s'agit d'une tuberculose rénale greffée sur une hydronéphrose, et c'est ce qui fait l'intérêt de cette pièce.

La malade d'ailleurs présente un foyer d'induration au sommet droit; elle est opérée depuis quinze jours, elle est actuellement guérie.

Ancienne gastro-entérostomie, retrécissement très serré du nouvel orifice. Nouvelle gastro-entérostomie avec les agrafes Michel. Mort d'empoisonnement volontaire. Sutures parfaites. Cocaïne lombaire.

MM. Chaput et Œttinger. — Nous vous présentons les pièces d'un malade opéré, il y a deux ans, de gastro-entérostomie postérieure pour un rétrécissement cicatriciel du pylore.

Les troubles gastriques s'étant reproduits, nous avons pensé, M. Oettinger et moi, qu'il s'agissait d'un rétrécissement du nouvel orifice.

Opération le 13 juillet; constatation de la sténose soupçonnée. Gastro-entérostomie antérieure avec un seul étage d'agrafes plates pour les lèvres postérieures et deux étages d'agrafes rondes pour les lèvres antérieures.

L'opération a été très longue à cause de l'étendue considérable donnée à l'orifice (12 centimètres de long); elle a duré deux heures.

Elle a été exécutée sous l'anesthésie lombaire, qui a été parfaite.

La sensibilité à la douleur n'a commencé à reparaître qu'après une heure trois quarts.

Le malade a éprouvé après l'opération quelques douleurs et des vomissements noirs. Son état mental était mauvais depuis longtemps; il s'est empoisonné le soir du 14 juillet. Sur les pièces que je vous présente, vous pouvez constater par l'épreuve de l'eau que les sutures sont suffisantes, et qu'il n'y a pas de circulus.

Le pylore rétréci ne mesure que 2 cent. 1/2 de circonférence.

L'ancien orifice de gastro-entérostomie est tellement rétréci qu'il n'admet que le manche d'un porte-plume (5 à 6 millimètres de diamètre).

Angiome sous-cutané du bras droit.

M. Gérard Marchant. — Je vous présente une pièce anatomique provenant du jeune Robert S..., sept ans, fils d'un confrère.

Antécédents. — Père rhumatisant, mère bien portante, un frère aîné atteint d'hypertrophie des amygdales, deux sœurs dont l'aînée est bien portante et la plus jeune légèrement strumeuse.

Enfant très bien portant jusqu'en décembre 1897 : à cette époque, angine aiguë avec fausses membranes non diphtériques,

ayant duré deux ou trois jours, avec température élevée (39-40°). Pendant trois ans, cette angine s'est reproduite presque tous les mois, et n'aurait cessé qu'à la suite de l'administration de salol à l'intérieur.

Début de la tumeur. — Répond au printemps de 1898.

La tumeur, quand on s'en est aperçu pour la première fois, était constituée par une petite nodosité sous-cutanée de la grosseur d'une noisette environ, située à la région postéro-externe du bras droit, à deux ou trois travers de doigt au-dessus du coude. A son niveau, la peau était légèrement colorée en bleu ; la petite tumeur n'est douloureuse ni spontanément ni à la pression, et n'entrave en aucune façon les mouvements du bras. Au toucher, la tumeur est de consistance molle ; elle ne présente d'adhérences ni à la peau, ni aux parties profondes ; les ganglions de l'aisselle sont indemnes.

Pendant ces trois années, la tumeur s'est développée lentement, de façon à former, au commencement de 1901, une masse unique, ovoïde, large de 4 à 5 centimètres et longue d'environ 10 centimètres ; à son niveau, dilatation des veines sous-cutanées et hypertrophie du système pileux ; pas de douleurs spontanées, ni à l'occasion des mouvements ; seule, une pression forte détermine un peu de sensibilité.

La peau est adhérente à la tumeur sur une grande étendue : la tumeur reste mobile sur les parties profondes. Au palper, cette tumeur paraît formée de petits noyaux durs, crépitants, de la grosseur d'une noisette, séparés les uns des autres comme des grains de raisin. Les ganglions de l'aisselle sont toujours indemnes.

Depuis le mois de janvier 1901, la tumeur a pris un développement plus rapide, et a poussé jusque dans l'aisselle une sorte de prolongement en chapelet ; de plus, elle paraît, en certains points, adhérente aux parties profondes.

Opération, ablation de la tumeur, après anesthésie chloroformique. Bande d'Esmarch. La tumeur est complètement enlevée, elle adhère à l'aponévrose brachiale dans les 3/4 inférieurs du bras.

1er pansement, le 18 juin ; 2e pansement, le 2 juillet ; 3e pansement, le 8 juillet ; 4e pansement, le 14 juillet.

Très bon état général, cicatrisation lente de la partie non réunie.

I. *Aspect macroscopique.* — La tumeur enlevée offre les dimensions d'une large paume de main. Elle est allongée dans le sens de l'axe du bras, et la peau qui la recouvre ne présente aucune modification apparente, sauf au niveau d'une petite zone vers le

centre, où peau et tumeur sous-cutanée paraissent légèrement adhérentes.

A la coupe, on aperçoit, au milieu du tissu adipeux, la section de masses noirâtres irrégulièrement arrondies, rappelant par leur aspect des noyaux d'apoplexie pulmonaire. Ces masses noirâtres ne sont autre chose que des veines dilatées et gorgées de sang; et la pression, sur la pièce fraîche, quelques instants après l'ablation de la tumeur, en fait sortir de véritables caillots.

II. *Examen microscopique* (1). — La tumeur présente tous les caractères de l'angiome caverneux simple.

On aperçoit, sur les coupes, un certain nombre de nappes irrégulièrement arrondies, offrant l'aspect des formations caverneuses : ce sont des cavités de forme irrégulière, des sortes de lacunes de dimensions très variables, dont les limites, souvent incomplètes, sont composées de tissu conjonctif peu dense, sillonné de noyaux allongés.

Les cavités, séparées par ces trabécules conjonctives, véritables cloisons de séparation, sont gorgées de globules sanguins; plusieurs d'entre elles sont parcourues par des cloisons ramifiées, formant des cavités incomplètes. Dans les espaces conjonctifs un peu larges, on trouve quelques vaisseaux capillaires de néoformation, accompagnés de cellules embryonnaires.

Par plans, les faisceaux conjonctifs sont dissociés par les globules sanguins, avec toutes les apparences d'une hémorragie interstitielle ; en d'autres points, on voit en plein tissu conjonctif une pigmentation jaune foncé, d'origine hématique.

Toutes les cavités ainsi délimitées sont tapissées par une surface endothéliale assez nette, que l'on devine à la présence de toute une série de longs noyaux, formant bordure, sans protoplasma apparent.

En résumé, nous avons affaire à un angiome caverneux, sous-cutané, pur et simple, sans le moindre élément néoplasique, et l'adhérence commençant à la peau est d'ordre purement inflammatoire.

Rachicocaïnisation dans la lithotritie.

M. Potherat. — Les fragments de calculs vésicaux que je vous présente et qui remplissent deux flacons à catgut de Leclerc proviennent d'un malade à qui j'ai pratiqué il y a dix jours une lithotritie dans mon service de la Maison municipale de santé.

(1) Examen fait par M. le Dr Blanc, chef du laboratoire de chirurgie, à Boucicaut.

Cet homme s'était présenté à l'hôpital dans des conditions déplorables. Il avait subi plusieurs catéthérismes offensants pour son canal, sa vessie était infectée, il avait de la fièvre et l'état général des urinaires infectés. Il présentait de la rétention incomplète. Ajoutez à cela que chez cet homme de soixante-trois ans seulement, les artères et le cœur étaient en fort mauvais état (sclérose, dégénérescence, arythmie), qu'il existait depuis longtemps de la bronchite chronique et de l'emphysème pulmonaire, et vous vous ferez une idée de l'état général et local de ce malade.

Aussi lorsque, après quelques jours de sonde à demeure et de lavages répétés, et après avoir traversé une période heureusement courte d'un affaissement tel que nous eûmes les craintes les plus sérieuses pour sa vie, j'eus constaté dans la vessie de ce malade l'existence de plusieurs calculs (cliquetis) durs, et dont l'un au moins mesurait dans l'un de ses axes plus de deux travers de doigt de diamètre, je me demandai, non sans anxiété, comment j'arriverais à débarrasser ce pauvre homme de ces calculs. La taille et la lithotritie étaient également pratiquables, et par conséquent, la lithotritie, méthode de choix, devait être employée. Mais elle nécessitait, comme la taille elle-même d'ailleurs, l'emploi d'une anesthésie générale poussée assez loin, et je pensais qu'un cœur aussi gravement atteint que l'était celui de cet homme à ce moment, s'accommoderait mal du chloroforme, et que l'état des bronches et du parenchyme pulmonaire contre-indiquait formellement l'éthérisation. Et si je n'avais eu à ma disposition que ces deux modes d'anesthésie, je crois bien que j'aurais reculé devant l'opération, tant il me semblait probable, sinon certain, qu'une anesthésie générale eût eu une issue fâcheuse.

C'est dans ces conditions que je résolus d'avoir recours à la rachicocaïnisation. Avec l'aide et l'assistance de mon collègue et ami Guinard, dont le bienveillant concours m'a été précieux, cet homme reçut dans son canal arachnoïdien deux centigrammes de cocaïne, diluée dans son propre liquide céphalo-rachidien, suivant le procédé ingénieux imaginé par Guinard. Au bout de quelques minutes l'analgésie était parfaite ; aucune agitation, aucun tremblement. Je pus, dans des conditions que je n'hésite pas à qualifier de merveilleuses, faire tranquillement, sans la moindre émotion chez le malade, sans préoccupation pour moi-même, le broiement de tous ses calculs, l'évacuation avec aspirateur de M. Guyon, entrer et sortir les instruments, distendre la vessie au maximum, laver abondamment, en un mot faire les manœuvres multiples, complexes d'une lithotritie qui, en raison du nombre, du volume et de la dureté des calculs, a duré trois quarts d'heure, je pus, dis-je, faire toutes ces manœuvres sans que le malade ait

ressenti la moindre gêne, la moindre douleur locale, et sans autre inconvénient, d'ailleurs négligeable, que deux petites évacuations alvines involontaires.

Or chacun sait, combien est douloureuse la lithotritie dans une vessie malade, jusqu'à quel point doit être poussée l'anesthésie chloroformique pour que le malade ne se réveille pas et ne s'agite pas dans les manœuvres de distension vésicale ou d'aspiration des fragments. La rachicocaïnisation présente donc dans la lithotritie un avantage réel, indiscutable, sur les autres méthodes d'anesthésie, puisqu'elle facilite l'opération elle-même, en nous livrant un malade inerte et pourtant conscient, insensible aux manœuvres et susceptible de se prêter à toutes ces manœuvres, à tout déplacement qui lui sont demandés. Enfin, au bout de quelques minutes, le malade, qui ne sent rien, qui se rend parfaitement compte, qu'on n'incise pas, qu'on ne mutile pas ses chairs, qui ne voit pas de sang couler et qui entend le bruit caractéristique du broiement de sa pierre, ce malade, dis-je, se rassure, prend confiance, sa figure marque de la quiétude, et il n'attache plus aucune importance à l'état nauséeux (il fut d'ailleurs insignifiant dans ce cas) qui lui survient.

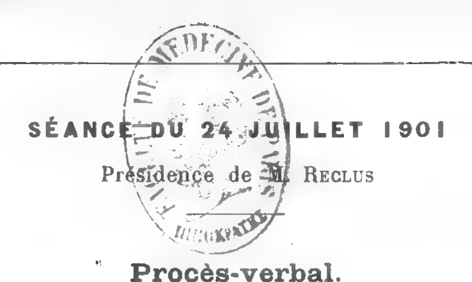
J'ajoute, enfin, que dans le cas actuel la rachicocaïnisation a non seulement facilité les manœuvres d'une lithotritie longue et laborieuse, mais qu'elle a, cela ne fait pas doute pour moi, sauvé la vie de cet homme. Les suites en furent des plus simples; il n'y eut consécutivement ni vomissements, ni nausées, ni céphalée; la température atteignit seulement 39 degrés le soir, dès le lendemain elle était meilleure qu'avant l'opération; le malade, aujourd'hui, ne souffre plus, il a des urines claires, il est guéri.

M. Reclus. — Ce que vous venez de dire est contraire à tout ce qui a été écrit en Roumanie sur les contre indications de la rachicocaïnisation. L'artério-sclérose doit faire rejeter la rachicocaïnisation; car dans ces cas, on peut observer des troubles graves du côté de la respiration et du cœur. Je pense avec vous que la modification apportée par M. Guinard dans l'injection de la cocaïne (association au liquide céphalo-rachidien) est un progrès des plus heureux qui aient été réalisés par la méthode.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 24 JUILLET 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. Bazy dépose sur le bureau un travail du Dr Spartali (de Smyrne), intitulé : *Fistule vésico-vaginale distante du col de l'utérus de un centimètre. Guérison après deux interventions.* — Ce travail est renvoyé à une commission : M. Bazy, rapporteur.

Rapports.

Rupture intra-péritonéale de la vessie, sonde à demeure, guérison, par M. le Dr Dubujadoux, médecin principal de l'armée.

Rapport par M. CHAUVEL.

Le 5 juillet 1900, on apportait à l'hôpital de Blidah un Arabe vigoureux de trente ans, ivrogne fieffé, qui la veille avait, au cours d'une rixe, reçu un coup de genou au bas-ventre. C'était vers 8 heures du soir que se livrait la bataille, et le blessé, bien qu'il eût beaucoup bu, n'avait pas uriné depuis 2 heures de l'après-midi ; sa vessie devait par conséquent être au moins sensiblement distendue. Une heure après le choc, Ah... commence à vomir, il souffre du ventre, il tente en vain de pisser. Onze heures se sont déjà écoulées quand il arrive à l'hôpital, où M. Dubujadoux constate : ventre ballonné, sensible; tympanisme en haut; en bas, matité remontant à quatre doigts au-dessus du pubis, étalée de chaque côté et finissant aux épines iliaques antérieures et supé-

rieures. Au toucher rectal, vessie petite, accolée au pubis; les culs-de-sac bombent, facilement dépressibles. Urètre sain et sec. Une sonde de Nélaton n° 14 amène un peu d'urine sanguinolente; une pression légère de l'abdomen la fait couler plus abondante, presque du sang pur. Respiration 20, pouls 68.

Croyant à une rupture intra-péritonéale de la vessie, notre confrère cherche à persuader au patient qu'une opération est indispensable pour le sauver. Il se bute à un refus absolu et force lui est d'attendre, en se bornant à substituer à la sonde de Nélaton une sonde en gomme du n° 16 qu'il fixe à la verge et laisse ainsi à demeure. Bientôt les vomissements cessent, l'urine coule régulièrement, les douleurs ventrales disparaissent, la matité sus-pubienne se réduit; il n'y a ni fièvre, ni accélération du pouls, l'état semble favorable.

Inutile de poursuivre l'énumération des symptômes durant les jours suivants; disons simplement que l'amélioration va s'accentuant peu à peu, que les urines s'éclaircissent et ne contiennent plus de sang dès le quatrième jour. Les seuls incidents pénibles sont provoqués par l'obstruction de la sonde, due, une fois à un caillot sanguin, trois fois à des imprudences d'Ah... qui y a déterminé une coudure brusque. Au neuvième jour, l'Arabe exige le retrait du cathéter; il pisse naturellement et ne conserve comme trace de ce grave accident qu'une sorte d'induration péri-vésicale qui persiste encore en partie quelques semaines après sa sortie de l'hôpital.

De ce fait, M. Dubujadoux conclut qu'on est autorisé à tenter la cure de la rupture intra-péritonéale de la vessie par la sonde à demeure, mais à condition que l'urètre et la vessie fussent antérieurement et absolument sains, et en surveillant attentivement le malade pour pratiquer la laparotomie au premier signe d'infection.

Je n'aurais aucune objection à faire à cet avis si, dans le cas actuel, la rupture intra-péritonéale m'était absolument démontrée. Pour notre confrère de l'armée, la preuve de cette lésion spéciale est faite

1° *Pour la rupture* : par la disparition rapide de la matité sus-pubienne lorsque les urines reprennent leur libre cours;

2° *Pour la rupture intra-péritonéale* : par le reflux intra-abdominal du liquide hémato-urinaire qui s'étalait au-dessus et de chaque côté du pubis; plus tard par les adhérences, les fausses membranes qui encapsulent la vessie et forment tumeur rétro-pubienne; enfin par le toucher rectal qui montrait la vessie non distendue et l'absence d'infiltration du tissu cellulaire.

Qu'il y ait eu *rupture de la vessie*, la chose ne paraît pas contes-

table; elle est démontrée par le complexus symptomatique en même temps que par l'origine des accidents. Est-il certain que la déchirure siégeait sur la partie du réservoir urinaire recouverte par le péritoine? est-il certain que l'urine s'est épanchée dans la cavité de la séreuse? Les raisons données par M. Dubujadoux ne me paraissent pas absolument convaincantes et je fais quelques réserves sur son diagnostic trop précis peut-être.

Mais je ne puis, en tout cas, qu'approuver sa conduite et le féliciter du beau et rapide succès qu'elle lui a donné. On me dira que cet heureux résultat tient précisément à ce que la rupture de la vessie était extra et non intra-péritonéale. C'est chose possible, mais, dans le doute, je pense qu'avant de recourir à la laparotomie il est bon d'essayer de la sonde à demeure, se tenant prêt à intervenir si l'aggravation des symptômes montre que la séreuse est atteinte et qu'il y a urgence à permettre l'issue au dehors de la collection urineuse.

M. Routier. — Je serai plus affirmatif encore que M. Chauvel sur la non-existence d'une rupture intra-péritonéale de la vessie; en effet, non seulement il n'y a pas eu réaction péritonéale, mais encore, on a pu retirer de l'urine et du sang par le cathétérisme. Or, le malade n'avait pas uriné depuis près de six heures, le péritoine n'aurait pas ainsi reçu, sans réagir, près d'un demi-litre d'urine.

La tuméfaction sus-pubienne nous confirme encore dans l'idée d'une rupture sous-péritonéale, dans la cavité de Retzius.

Je crois qu'il serait téméraire de conseiller de traiter la rupture intra-péritonéale par la sonde à demeure et d'attendre les phénomènes de réaction péritonéale pour intervenir; ce serait s'exposer à tomber en pleine septicémie péritonéale, ce qui serait trop tard pour rendre service au blessé.

Quatre amputations sous-astragaliennes, par M. le Dr Dubujadoux, médecin principal de l'armée.

Rapport par M. CHAUVEL.

M. Dubujadoux termine son court mais substantiel travail par la conclusion suivante. « Sans sortir de la limite des indications auxquelles nous avons obéi, l'amputation sous-astragalienne est une excellente opération dans les traumatismes de l'avant-pied et dans certains cas de mal perforant; elle donne un moignon mate-

lassé, souple, robuste, endurant; le blessé peut marcher de très bonne heure (du 18e au 27e jour), il est capable de satisfaire aux exigences de marche de la plus rude profession. »

Il n'est pas possible d'être plus net, plus précis, et comme la conviction de notre collègue en la bonté de la sous-astragalienne est basée sur les observations personnelles dont il nous apporte l'histoire, je ne puis pour ma part que m'associer en l'espèce à sa manière de voir. Regardez les photographies qui accompagnent le travail; elles nous montrent des moignons de bonne conformation, à cicatrice inférieure relevée, à base large et insensible, possédant des mouvements relativement étendus de flexion et d'extension.

Je ne veux, pas plus que M. Dubujadoux, discuter la valeur relative des multiples amputations qui se pratiquent sur l'arrière-pied. Si l'on jugeait de leurs qualités par les nombreuses modifications qu'ont subies ses procédés primitifs, on serait porté à les mettre quelque peu en doute. En particulier la désarticulation sous-astragalienne, prônée avec un peu d'exagération par mon regretté maître Maurice Perrin, fut un moment presque abandonnée. Et s'il s'agit de l'appliquer dans les ostéites tuberculeuses et les caries, je souscris volontiers à cet arrêt; l'astragale est trop rarement indemne dans ces lésions bacillaires du tarse.

En doit-il être de même pour les traumatismes, pour des affections mieux limitées à l'avant-pied comme le mal perforant? Les faits de M. Dubujadoux démontrent avec d'autres, que l'on peut, dans ces conditions, obtenir des résultats durables. Ses opérés ont été suivis trois mois, six mois, seize mois et le dernier vingt-cinq mois. C'est peu pour les deux premiers, pour les derniers le succès ne paraît pas discutable.

Comme procédé, sa méthode dite en raquette externe fut toujours mise en usage; et bien que la section plantaire eût été parfois et forcément placée très en arrière, la tête astragalienne fut sans violence recouverte par ses lambeaux et la cicatrisation immédiate réalisée. Les tendons extenseurs étaient cousus aux chairs plantaires de façon à conserver les mouvements de flexion et d'extension.

De l'examen des photographies on peut déduire avec l'auteur que le moignon, au sortir du pansement, bien que déjà bon pour la marche, n'est pas encore complètement *fait*; il subit plus tard des changements qui le rendent plus souple, plus étalé; les saillies malléolaires se dessinent, le tendon d'Achille, un moment effacé, reprend son profil concave, la ligne de cicatrice se relève en avant et elle reste élevée, malgré la formation d'un pli talonnier. M. Dubujadoux compare ce moignon au pied souple du chameau;

cette comparaison me rappelle qu'il occupa bien des années nos postes du Sud algérien.

Le raccourcissement a varié de 35 à 40 millimètres. Cependant la marche s'est faite aisément, sans boiterie apparente, avec une semelle plus haute de 2 centimètres que celle du côté sain. Des trois opérés, l'un était cultivateur; l'autre, garçon de café, s'est fait porteur de journaux; il était gêné par la station verticale immobile et prolongée: il court, saute, monte et descend les escaliers avec ses deux moignons sans besoin de s'appuyer à la rampe. Tous portent une simple bottine lacée, à semelle ovoïde, de hauteur uniforme, avec un contre-fort s'opposant à l'avachissement de l'empeigne. Chez tous enfin la sole du moignon est toujours restée indolente, même après de longues marches.

Messieurs, ces deux nouveaux travaux viennent encore accroître les titres de M. Dubujadoux à faire partie de notre Société. Parmi nos confrères de l'armée il est un des plus laborieux, un des plus distingués, et je le recommande tout spécialement à votre bienveillante attention pour une place de correspondant national.

M. Delorme. — Les observations de M. Dubujadoux sont d'un réel intérêt; car les cas d'opérés dans l'interligne astragalo-calcanéen et publiés sont assez rares. Ils démontrent, avec le fait rapporté récemment par M. Mignon, que cette opération donne un excellent résultat définitif. Celui que je vous demanderais de résumer confirme l'excellente opinion que nous devons avoir de la désarticulation de Lignerolle-Malgaigne.

Je l'ai pratiquée il y a un an environ sur un lieutenant de cavalerie atteint d'un sarcome de l'avant-pied, affection qui me semble devoir rentrer dans le cadre des indications de l'opération. J'utilisai la raquette externe et suturai les tendons du lambeau supérieur aux tissus du lambeau plantaire. Le résultat fut superbe, la marche très facile, même prolongée, et, petite particularité à noter, ce malade a repris son service; muni d'un pied artificiel de Charrière, il monte bien à cheval.

Discussion.

Sur le goitre cancéreux et la dégénérescence fibreuse du corps thyroïde (*suite*).

M. A. Poncet. — Je désire vous présenter quelques considérations sur le goitre cancéreux, et en particulier sur cette variété de

dégénérescence fibreuse du corps thyroïde si bien mise récemment en lumière par M. Ricard.

La thyro-carcinose est relativement fréquente à Lyon, et depuis une quinzaine d'années que mon attention est appelée sur la dégénérescence des goitres, j'ai bien dû observer au moins 150 cancers thyroïdiens, soit à l'Hôtel-Dieu, soit au dehors. En admettant douze à quinze entrées annuelles à l'Hôpital, de cancers thyroïdiens, je crois être, vous le voyez, au-dessous de la vérité.

Ce chiffre élevé, si l'on veut, pour d'autres grandes villes, s'explique par ce double fait, que nous nous trouvons au centre d'une région essentiellement goitrigène, au voisinage des Alpes, des Cévennes, et que la thyro-carcinose se développe le plus souvent sur un ancien goitre.

Cette proposition serait tellement la règle, d'après mes observations, que j'admets volontiers, dans les cas où il n'existait pas de tumeur thyroïdienne apparente, qu'il existait de petits noyaux goitreux intra-thyroïdiens, non appréciables.

Dans son excellente thèse : « Le Goitre cancéreux » (Thèse de Lyon, 1900), qui repose sur 83 observations lyonnaises, la plupart recueillies dans mon service, et à laquelle je ferai quelques emprunts, un de mes élèves, M. Carrel-Billard, insiste sur certaines particularités que je tiens à rappeler. Il montre que les femmes sont plus souvent atteintes de goitres malins que les hommes, et que la dégénérescence se produit surtout de quarante à soixante-dix ans, et plus volontiers aux approches de cinquante ans.

La thyro-carcinose, ainsi que l'avaient bien indiqué déjà Orcel, Rivière, L. Dor, Bérard, etc., présente, soit au point de vue anatomique, soit au point de vue clinique, différents types qu'il importe de distinguer, pour mieux juger dans quelle catégorie doivent, pensons-nous, prendre place les observations de Riedel, de Cordua, de Tailhefer, rappelées par M. Ricard, et son observation personnelle, qui a été le point de départ de cette discussion.

Anatomiquement, les goitres malins sont, la plupart du temps, je dirais volontiers toujours, des cancers épithéliaux.

Le cancer conjonctif à cellules rondes ou fusiformes est rare, et, même dans les formes les plus probantes, il n'est pas démontré que le point de départ de la néoplasie ne soit pas dans les éléments nobles, dans les cellules glandulaires.

Pour ne pas compliquer la question du cancer thyroïdien, je laisse de côté certains adénomes, cependant d'une malignité réelle, puisqu'ils sont susceptibles de métastases, de généralisation (cancer médical, cancer latent de Bard).

Comme toute espèce de néoplasies malignes, la thyro-carcinose se présente avec des caractères macroscopiques très différents les

uns des autres, allant depuis la forme encéphaloïde, avec sa diffluence si caractéristique, justifiée par une néoformation cellulaire intense, jusqu'à la forme scléreuse, ligneuse, ossiforme même, non moins spéciale dans son genre.

J'ai rencontré maintes fois ces différentes modalités de goitres cancéreux, avec des variantes nombreuses, simplement au point de vue de la consistance, variantes qui en font, en apparence, des lésions diverses.

Des signes cliniques distincts leur correspondent naturellement. Ils s'expliquent par la variété du goitre dégénéré, par la prédominence de l'élément conjonctif ou épithélial, etc., et aussi par le terrain individuel avec tous ses inconnus, sur lequel la néoplasie évolue.

A la thyroïde, comme au sein par exemple, dans certaines formes squirrheuses bien connues par leur dureté extrême, en bloc, en plastron, etc., j'ai vu plusieurs fois des tumeurs malignes d'une consistance semblable. Elles ne m'avaient pas autrement intéressé que d'autres néoplasmes similaires, dans d'autres régions, dans d'autres viscères. Je les considérais comme des carcinomes ligneux dont le pronostic et le traitement n'étaient guère différents des autres formes du cancer thyroïdien.

Les observations déjà citées de Riedel, de Cordua, et surtout le travail de Tailhefer (*Revue de chirurgie*, 1898), m'intéressèrent beaucoup. D'après ce que j'avais vu je restais, cependant, plus ou moins convaincu que, dans quelques-uns de leurs cas, tout au moins, il s'agissait de vrais cancers thyroïdiens, et dans d'autres d'une thyroïdite chronique.

J'ai recueilli depuis lors quatre observations, comparables à celles de ces auteurs, et par conséquent superposables à celle de M. Ricard. Voici les photographies de trois de ces malades. Elles ne sont certainement pas démonstratives comme l'examen de la lésion, mais, telles qu'elles sont, elles indiquent bien la *lignosité*, si je puis m'exprimer ainsi, de ces tumeurs thyroïdiennes, surtout par opposition avec d'autres photographies que je fais également passer sous vos yeux, représentant des goitres cancéreux, ordinaires, bosselés, diffus, etc., et surtout de moindre consistance.

Le premier de ces thyroïdiens était un vieux goitreux, âgé de soixante-cinq ans, chez lequel la dégénérescence d'un ancien goitre médian, du volume d'un poing, datait de quelques mois. Il n'existait pas de ganglions, pas de signes de généralisation, mais l'état général étant mauvais et les troubles fonctionnels peu marqués, je ne crus pas devoir intervenir. Ce néoplasme avait une dureté osseuse.

Dans le second cas, la dégénérescence scléreuse avait frappé un

goitre remontant à seize ans, chez une fille de trente et un ans.

Je passe sur la description de ce néoplasme. Il formait un bloc d'une densité, d'une dureté comparable à de la pierre, et, bien entendu, sans aucune trace de calcification. La tumeur était adhérente aux plans musculaires qui la recouvraient, à la trachée, sans englober toutefois le paquet vasculo-nerveux. L'examen histologique (L. Dor) révéla : un cancer épithélial, avec une abondance telle de tissu fibreux, que l'on avait de la peine à trouver quelques boyaux épithéliaux, étouffés par une production conjonctive intense.

Notre troisième observation, qui offre les mêmes caractères cliniques que les deux précédentes, donna le même résultat histologique. Ce carcinome fibreux avait, chez une femme de quarante-sept ans, envahi la totalité du corps thyroïde, transformé ainsi en un véritable carcan. La tumeur, d'un volume considérable, avait franchi sa capsule. A l'autopsie, on la trouva adhérente de tous côtés, au tronc carotidien, à la jugulaire interne, etc. Le récurrent droit ne put être découvert. On constatait, en outre, plusieurs petits ganglions carcinomateux, enfouis dans la profondeur, et que l'on ne pouvait sentir sur la malade.

L'observation IV est encore plus démonstrative. Je tiens à la rappeler en quelques mots.

Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans, qui, sans habiter une région goitrigène, présenta vers l'âge de soixante ans un certain degré d'hypertrophie du lobe droit de la thyroïde. Sa santé était restée parfaite ; il n'était nullement incommodé par son goitre, lorsque, au mois de janvier dernier, la tumeur augmenta rapidement de volume. Elle entraînait en même temps une certaine gêne de la respiration, dans les efforts, pendant la marche. Au mois d'avril, les troubles fonctionnels étaient un peu plus marqués, mais deux accès graves de suffocation étaient survenus, depuis quelques jours, alarmant le malade et son entourage.

A cette époque, j'eus l'occasion de voir M. X... Le goitre avait une forme en plastron. Il s'engageait sous la clavicule, sous le sternum, paraissant très bridé par les tissus qui le recouvraient. Son volume dépassait celui d'une grosse orange aplatie. Il refoulait très à gauche la trachée ; mais ce qui le caractérisait avant tout, c'était sa dureté, si uniforme, si accusée, si spéciale, qu'elle avait, dès le début, étonné le malade, et qu'elle continuait de l'intriguer. Cette masse indolore résonnait comme du bois sous le doigt qui la percutait. L'état général était resté bon, il n'y avait point de ganglions apparents. Le paquet vasculo-nerveux était refoulé, mais il ne paraissait pas envahi par la néoplasie.

A quelques jours de là, je pratiquai l'ablation de ce goitre que

j'avais diagnostiqué : carcinome fibreux, de la variété dont s'occupe aujourd'hui la Société de chirurgie.

L'opération fut simple. Le diagnostic se confirmait à chaque nouvelle manœuvre opératoire. Les muscles sous-hyoïdiens, altérés, détruits par places, les plans profonds, ne faisaient qu'un avec le néoplasme auquel ils adhéraient intimement, à la manière également de la trachée, qu'il fallut sculpter avec la pointe du bistouri, pour la libérer de la tumeur. Quant au réseau veineux, confondu avec le néoplasme, il était le siège d'une infiltration carcinomateuse typique, rendant les déchirures vasculaires inévitables, et me plaçant dans l'obligation de laisser à demeure dans la plaie vingt et une pinces hémostatiques.

Les gros vaisseaux étaient indemnes. Je n'eus à lier ni la carotide prmitive, ni la jugulaire interne; mais je ferai remarquer qu'en dehors de cette intégrité vasculaire et nerveuse, tous les tissus voisins étaient si bien envahis par le néoplasme qui s'infiltrait au loin, en une coulée solide, que rarement, dans d'autres formes, tout à fait typiques, de tumeur maligne de la thyroïde, le mot de cancer ne m'avait paru mieux applicable.

Le néoplasme enlevé pesait 900 grammes. Il était d'une densité uniforme, métallique. Je le considérais comme un des plus beaux spécimens de cancer ligneux. L'examen histologique que fit mon chef de laboratoire confirma cette opinion. La dégénérescence cancroïdale avait été submergée, étouffée par une gangue fibreuse très épaisse.

Dans trois de ces observations le diagnostic de cancer ligneux s'est donc trouvé confirmé par l'examen histologique. Il en eût été probablement de même chez le quatrième malade (obs. I) si nous avions pu avoir recours, après une opération, au contrôle anatomique.

Voici donc trois cas dans lesquels le goitre simulait bien la dégénérescence fibreuse, et sans des examens micrographiques répétés on eût pu méconnaître la nature épithéliale de la maladie. Je n'ignore pas avec quel soin semblables recherches histologiques ont été pratiquées dans les cas déjà cités, et en particulier dans l'observation intitulée : *Note sur une variété de dégénérescence fibreuse du corps thyroïde.* Ne pourrait-on pas admettre, en rendant pleinement hommage à l'habileté, à la perspicacité des histologistes ainsi mis en cause, qu'ils ont eu affaire à des altérations plus avancées de cirrhose thyroïdienne, avec atrophie, disparition par étranglement de la néoplasie épithéliale ?

Cette supposition est vraisemblable. Ne sait-on pas combien il faut parfois d'investigations minutieuses, de recherches délicates, portant sur de nombreux points d'une tumeur, pour en préciser la nature ?

Dans tous les cas, s'il en était autrement, si le diagnostic anatomique devait imposer un autre nom à la maladie en question, que celui de cancer, je n'hésiterais pas, au nom de la clinique, à m'inscrire en faux.

Comment, voilà une tumeur, non délimitable, qui marche avec une allure toute autre que le goitre vulgaire, qui s'accompagne rapidement de troubles fonctionnels graves du côté de la respiration, de la déglutition, etc., qui envahit, comme de la lave, les tissus, les organes qui l'avoisinent : muscles, trachée, œsophage, vaisseaux du cou : carotide jugulaire interne, gros troncs nerveux : pneumogastrique, sympathique, etc., et l'on admet une lésion inflammatoire, une thyroïdite chronique, un fibrome! Mais il n'est plus possible de s'entendre, car quels seront alors les signes du cancer? A quelle marque distinguera-t-on un goitre malin d'un goitre bénin?

N'avons-nous pas le droit de ne voir dans les recherches histologiques qu'un élément d'investigation, certainement très important, mais, dans l'espèce, insuffisant pour se substituer aux caractères cliniques dont je viens de parler et imposer un autre diagnostic? Encore une fois, j'ai une grande déférence pour les anatomo-pathologistes. Il ne faut pas, cependant, leur demander plus qu'ils ne peuvent donner, et les tout premiers ils savent bien qu'un diagnostic peut s'établir et doit être maintenu, surtout pour des tumeurs, en dehors du microscope et quelquefois malgré lui.

J'admets, à la rigueur, qu'il ne s'agit pas toujours d'un carcinome squirrheux, et que la tumeur peut être primitivement un sarcome, un fibro-sarcome, un fibrome. Qu'importe le mot? de tels néoplasmes avec cette marche clinique ne méritent-ils donc pas d'être classés parmi les cancers?

Je n'ignore pas que « l'inflammation chronique primitive « canceriforme » de la glande thyroïde », que « la variété de dégénérescence fibreuse du corps thyroïde », ont certains caractères différentiels très nets de ceux du cancer thyroïdien habituel.

C'est ainsi que les ganglions ont fait défaut, que la tumeur était le plus souvent indolore, que l'état général des sujets restait bon, etc., que la récidive dans quelques cas s'est fait attendre, etc. Ces remarques sont, à coup sûr, des plus intéressantes, et capables d'inspirer des doutes, s'il n'y avait pas le contrôle direct de l'opération, de l'autopsie. Peut-on contester la malignité d'une lésion qui ne respecte aucun des tissus, aucun des organes qui l'entourent, — et cette diffusion n'est-elle pas le grand signe des néoplasmes cancéreux? — sans attacher d'autre importance à la désignation de tumeur épithéliale, de tumeur conjonctive : sarcome, fibrome, etc.?

Et puis, cliniquement, ne voit-on pas tout, surtout au point de vue cancer, en tant qu'évolution, que non-récidive, après ablation même incomplète? Tous les carcinomes du sein, de l'utérus, pour ne parler que des plus communs, ne récidivent pas.

Je n'insiste pas davantage, et je pense être dans le vrai en proposant pour cette variété de goitre dur le nom de : *cancer ligneux de la thyroïde*, — de : *thyro-carcinose fibreuse*.

Le diagnostic de lésion inflammatoire, de strumite chronique fibreuse, me semble aussi devoir être écarté. Si l'on s'en tenait à la seule consistance, la confusion serait facile. J'ai vu, chez des gens jeunes, des thyroïdites chroniques presque ossiformes, mais dans aucun cas, il n'existait d'incarcération du paquet vasculo-nerveux, de dégénérescence des muscles sus-hyoïdiens.

En dehors de l'actinomycose, je ne connais pas de processus infectieux capables d'entraîner ces altérations profondes et étendues des muscles, des nerfs, des vaisseaux, etc. ; et les lésions dont nous parlons ne présentent, avec ces dernières, aucune analogie. Je ne connais, pour ma part, aucune observation d'actinomycose thyroïdienne.

En fait d'intervention radicale pour le goitre cancéreux, je suis resté pessimiste après de nombreuses opérations. Cette manière de voir est justifiée par des morts rapides post-opératoires et par une survie qui n'en vaut guère la peine. Il est cependant telle tumeur thyroïdienne, encapsulée, sans adénite, néoplasique, et à une date rapprochée de son début, qui est justiciable de l'ablation; mais dans les formes massives, diffuses, surtout lorsque les gros troncs vasculo-nerveux sont englobés dans la lésion morbide, lorsque les ganglions sont pris, lorsque la tumeur a franchi toute barrière, *a fortiori*, s'il y a des signes de métastase, ce qui n'est pas rare, je suis partisan de l'abstention, et par cela même, des opérations purement paliatives.

Deux de mes malades (obs. II et IV), dont j'ai cité les observations, sont morts des suites opératoires. M. X..., chez lequel l'intervention n'avait présenté aucun incident en dehors de nombreuses déchirures veineuses, s'expliquant par l'infiltration néoplasique des parois, succomba avec des signes de thrombose de la veine cave supérieure, thrombose déjà partielle avant l'opération, et certainement de même nature (la circulation veineuse du cou, de la paroi thoracique, était, en effet, anormalement développée). Des accidents infectieux, greffés sur cet état pathologique ancien, précipitèrent le dénouement.

Je me résume en disant :

Le cancer thyroïdien se développe presque toujours sur un goitre apparent, plus ou moins ancien.

Il a une malignité spéciale, qui relève, très probablement, de la structure de la thyroïde, de sa richesse en vaisseaux sanguins et lymphatiques, du rôle physiologique élevé de cette glande. Il se montre avec des caractères cliniques et anatomo-pathologiques très dissemblables, comme, du reste, le cancer d'autres viscères. Son pronostic dépend moins de sa structure histologique que de ses caractères cliniques. Passé quarante ans, *a fortiori*, plus tard, les tumeurs thyroïdiennes sont, le plus ordinairement, des tumeurs malignes, comme du reste, les néoplasmes d'autres organes.

Le goitre cancéreux affecte parfois une forme très spéciale par son homogénéité, par sa dureté, que l'on a justement comparée à celle du bois, à celle du fer (Riedel). Le nom de cancer ligneux ou fibreux, qui ne préjuge en rien d'autres caractères anatomiques, me semble lui convenir.

Quant aux indurations nettement inflammatoires, qui forment la classe des phlegmons chroniques de consistance ligneuse (Reclus), et qui simulent parfois des néoplasmes, en raison même de leur consistance, je pense comme vous qu'elles peuvent reconnaître des processus infectieux divers, au premier rang desquels se place l'actinomycose.

A ce propos, je signalerai encore à votre attention la fréquence des lésions actinomycosiques, que l'on rencontre là précisément où apparaissent de préférence les sclérèmes en boule, en cuirasse, c'est-à-dire à la région cervico-faciale, du côté des parois et de la cavité abdominale, de la fin du gros intestin, de l'excavation pelvienne, du périnée, etc. Ces localisations du parasite s'expliquent par sa voie la plus habituelle de pénétration qui est le tube digestif dans toute sa hauteur, et dans son sens le plus étendu, à savoir : 1° la cavité buccale; 2° le cæcum; 3° l'ampoule rectale, cavités dans lesquelles il trouve, par le séjour des matières qui le transportent, de bonnes conditions de greffe.

La confusion entre ces phlegmons actinomycosiques et une tumeur : carcimone, sarcome, fibrome, etc., a été bien souvent commise, et nous savons qu'un des meilleurs éléments de diagnostic de l'actinomycose est souvent cette association apparente d'accidents inflammatoires et néoplasiques.

J'observe actuellement un homme de trente-sept ans, atteint d'actinomycose ano-rectale (nous avons trouvé à diverses reprises des grains jaunes, dans le pus et les fongosités des fistules périanales), chez lequel l'induration des fosses ischio-rectales et du périnée est telle que si l'on s'en rapportait à la palpation seule, on ferait le diagnostic de tumeur maligne.

La fusion avec les branches ischio-pubiennes est si intime que l'on croirait encore à un ostéo-sarcome, à un périnée de vieux

rétréci avec des fistules urinaires ayant subi la dégénérescence cancroïdale. J'ai hâte d'ajouter que chez ce malade les voies urinaires sont indemnes.

Il serait facile de multiplier des faits de ce genre, d'apporter de nouvelles observations de pseudo-plasmes inflammatoires. Je n'en veux retenir pour l'heure présente qu'un seul enseignement : la nécessité de songer à l'actinomycose, surtout dans les néoplasmes qui suppurent, et dans les lésions inflammatoires qui semblent être néoplasiques.

M. Tuffier. — Il me semble que la discussion en est arrivée actuellement à ce point que les dégénérescences fibreuses de la thyroïde sont regardées par les uns comme des inflammations chroniques, par les autres comme des tumeurs malignes. M. Poncet se ferait volontiers le défenseur de cette dernière interprétation.

Les partisans de l'inflammation chronique citent à l'appui de leur opinion des faits de corps étrangers infectés comme centres de très volumineux fibromes diffus. Je crois que certaines dégénérescences fibreuses, développées spontanément dans l'économie sans infection et sans corps étranger, sont beaucoup plus comparables aux tumeurs thyroïdiennes présentées par M. Ricard, que les tuméfactions inflammatoires dont on a parlé. Ce sont les *fibromes diffus de la paroi abdominale*, apparaissant souvent après un traumatisme léger, et qui sont de véritables chéloïdes. Quand on examine ces tumeurs, on voit qu'elles envahissent toute la paroi, y compris le péritoine ; elles sont essentiellement diffuses et revêtent tous les caractères macroscopiques d'une tumeur maligne ; l'examen histologique révèle les éléments d'un fibrosarcome. Mais l'état général des malades, qui reste florissant, l'absence, même incomplète, de généralisation, ou de récidive après intervention, nous fixent rapidement sur cette prétendue malignité et nous savons tous qu'il s'agit là de tumeurs essentiellement bénignes.

Par leurs caractères cliniques et anatomo-pathologiques, ces tumeurs se rapprochent donc beaucoup des tumeurs fibreuses diffuses para-thyroïdiennes. Ces néoplasmes développés après un traumatisme, c'est-à-dire après une rupture musculaire et vasculaire, ont peut-être la même origine et le même développement que celles de la glande thyroïde.

Lecture.

M. Charrier (d'Angers) lit un travail sur la *stérilisation des sondes en gomme par l'ébullition dans les solutions salines saturées*; ce travail est renvoyé à une commission : M. Bazy, rapporteur.

Présentations de malades.

Rupture traumatique du rein, néphrectomie, guérison.

M. Routier. — L... R..., âgé de trente ans, reçoit le 27 juin dernier, dans le flanc droit, un coup de pied de cheval à toute volée; il était à peu près 3 h. 1/2. Quelques minutes après, il urinait du sang pur et était pris de vomissements.

Apporté dans mon service, il fut sondé à 7 heures; on retira du sang pur, et je fus appelé. A mon arrivée, vers 8 heures, le malade vomissait; cependant le pouls était fort, à 110; le ventre était souple dans sa moitié gauche, dur et tendu à droite; il respirait mal.

Toute la partie du ventre dure et tendue était mate et très douloureuse, on y percevait une forte crépitation qui ressemblait plus à la crépitation de l'emphysème qu'à celle des caillots sanguins.

Je sondai le malade, dont la vessie paraissait pleine, et je retirai une grande quantité de sang pur. Pensant à une rupture du rein, craignant, en outre, quelques complications abdominales, je pratiquai l'incision sur la partie culminante de la tuméfaction, un peu en dehors du droit. Le péritoine était net, les intestins aussi, mais tous les mésos étaient infiltrés de sang.

En arrière du mésocôlon existait la tumeur, j'ouvris le méso; aussitôt, il sortit un flot de sang artériel et de nombreux caillots. J'arrivai très vite sur le rein, je décortiquai les deux moitiés, car il était sectionné perpendiculairement à son grand axe, au niveau du hile, je liai le pédicule avec deux forts catguts, et réséquai le rein que voici.

La loge rénale était tellement infiltrée de sang que je crus devoir drainer. Je rétrécis mon incision par quelques points de suture au fil de bronze d'aluminium. Je lui fis des injections de sérum, 1 litre par vingt-quatre heures.

Tout allait parfaitement, quand il a pris une bronchite, sous

les efforts de toux, il a brisé les fils d'aluminium et sa masse intestinale est sortie.

Fort heureusement, mon interne, M. Guénard, s'en est aperçu assez tôt; il a pu rentrer la masse intestinale, et aujourd'hui le malade est parfaitement guéri; il a, au point de vue de l'urine, regagné son taux normal.

Ostéosarcome énorme de l'humérus. Amputation dans la continuité de l'omoplate (Amputation intra-scapulaire). Guérison (Observation rédigée par M. Bordenave, externe du service).

M. Chaput. — Une femme de trente ans se présente à moi le 4 juin 1901, porteur d'une énorme tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, dont l'apparition remonte à la fin d'avril dernier. A cette époque, la malade éprouva d'abord des douleurs pénibles dans la région deltoïdienne, avec irradiations surtout sur le trajet du nerf radial; en même temps la région de l'épaule grossissait presque à vue d'œil, si bien qu'en quarante-cinq jours elle a acquis le volume actuel, qui est celui d'une tête d'adulte, à grosse extrémité supérieure.

La peau est lisse, tendue, sillonnée de veines.

En avant et en arrière, la peau est jaunâtre, et l'épiderme est desquamé sous l'influence des cataplasmes.

La tumeur est très dure dans son ensemble; cependant, à sa partie supérieure existe une certaine mollesse, analogue à la fluctuation. Il y a deux points plus particulièrement durs : l'un, situé dans le fond de l'aisselle, paraît constitué par la tête humérale et l'autre, situé en haut et en dehors, correspond à l'acromion.

L'avant-bras et la main sont flasques et paralysés.

Il semble que l'axe de la tumeur et celui de la partie inférieure de l'humérus forment un angle ouvert en dehors (effectivement, nous avons constaté sur la pièce l'existence d'une fracture spontanée à la partie inférieure de la tumeur).

Le 14 juin 1901. Je fais la toilette du membre avant l'anesthésie, pour que celle-ci dure moins longtemps, la malade étant très cachectique.

Éthérisation.

Je trace un lambeau supérieur en U, convexe en dehors, et dont les deux branches suivent, l'une la clavicule, l'autre l'épine de l'omoplate.

Du milieu de ces branches descendent les deux branches d'un second U qui passe sous l'aisselle.

Je désarticule d'abord la clavicule d'avec l'acromion, je l'isole et la résèque vers son milieu.

J'incise à fond les muscles pectoraux, le plexus brachial, les vaisseaux axillaires.

Après avoir incisé jusqu'à l'omoplate, je scie cet os un peu en dehors de l'apophyse coracoïde ; cette section descend assez bas sur le bord axillaire de l'omoplate. — Le membre se trouve alors complètement détaché.

Ablation de plusieurs ganglions du volume d'une noix, paraissant dégénérés.

Ligature au catgut. Sutures au fil d'argent et aux agrafes Michel. Drainage avec deux mèches iodoformées.

Réunion immédiate parfaite.

Examen des pièces. — La tumeur a l'aspect d'un ostéosarcome avec kystes à contenu puriforme.

Le tiers supérieur de l'humérus est décalcifié, fracture spontanée de l'os à la partie inférieure de la tumeur.

Le cartilage de la tête humérale persiste, mais il est décollé des tissus sous-jacents ; les ligaments articulaires sont envahis. Le cartilage de la glénoïde est conservé, mais il est recouvert entièrement d'une membrane fibreuse.

Il existe des points jaune ocre qui parsèment la tumeur.

L'examen histologique pratiqué par M. le professeur Cornil a révélé un sarcome à petites cellules.

Réflexions. — L'intérêt principal de cette observation réside dans les deux points suivants :

1° La tumeur a marché avec une rapidité absolument extraordinaire, puisqu'en quarante-cinq jours la tumeur, qui n'existait pas antérieurement, a atteint le volume d'une tête d'adulte. Je ne crois pas qu'une pareille rapidité ait jamais été signalée.

2° Le procédé opératoire m'a paru intéressant. La désarticulation classique de l'épaule était impraticable, à cause du volume de la tumeur ; j'aurais donc dû, pour être classique, pratiquer l'amputation interscapulo-thoracique. J'ai pensé que le traumatisme était bien considérable et la plaie trop étendue, et qu'une opération plus économique était possible et suffisante. J'ai donc pratiqué une amputation intra-scapulaire, qui a été exécutée avec une simplicité et une rapidité extrêmes. J'ai sectionné la clavicule en son milieu, j'ai ensuite coupé la paroi antérieure de l'aisselle, puis les vaisseaux et nerfs, enfin j'ai scié l'omoplate en dehors de la coracoïde.

Je n'ai pas eu une plaie large ni anfractueuse, les lambeaux se sont bien rapprochés, et la guérison s'est faite très simplement.

3° Je signalerai seulement l'état de shock grave où a été la

malade pendant la journée qui a suivi l'opération, quoique celle-ci ait été très simple et très rapide (vingt minutes environ). Je suis convaincu que ces accidents sont attribuables à l'éther, et qu'ils auraient été encore plus graves avec le chloroforme. J'avais voulu employer la cocaïne lombaire, mais la malade l'avait refusée ; je suis convaincu que la rachicocaïnisation n'aurait pas provoqué des troubles de cette nature.

M. Reclus. — Je demanderai à M. Chaput avec quelle quantité de cocaïne en injection intra-rachidienne il a la certitude d'obtenir l'analgésie du segment supérieur du corps.

M. Chaput. — Je l'ai toujours eue avec 3 centigrammes et demi. J'ai même, dans dix ou quinze opérations (je ne me rappelle pas exactement le nombre), obtenu cette analgésie avec 3 centigrammes.

M. Reclus. — Dans un cas où j'ai injecté 4 centigrammes, l'anesthésie est restée limitée au segment inférieur du corps, à la portion sous-ombilicale, et je pense que ces doses de 3 et 4 centigrammes sont plutôt dangereuses. Aussi je m'abstiens.

Présentations de pièces.

I. *Fracture incomplète du tibia par coup de pied de cheval.* — II. *Corps étrangers libres, ostéo-cartilagineux, non traumatiques des deux genoux.* — III. *Fracture et énucléation incomplète du scaphoïde du pied.*

M. le Dr Loison. — J'ai l'intention de vous entretenir de trois faits radiographiques dont l'un surtout, quoique anodin en apparence, me semble avoir une grande importance au point de vue pratique. Je commencerai par celui-ci :

Le brigadier G..., de la garde républicaine, reçoit, le 2 juillet 1901, un coup de pied de cheval sur la face antérieure de la jambe droite, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur.

Il entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le soir même, dans le service de M. Nimier, avec un pansement appliqué au corps.

Le lendemain on constate l'existence d'une plaie contuse, large comme une pièce de cinquante centimes, entourée d'une zone de tuméfaction assez accentuée.

Le débridement pratiqué immédiatement permet de se rendre compte que la crête du tibia est dépériostée, que l'aponévrose jambière est ouverte au niveau du jambier antérieur qui se trouve décollé de la face externe du tibia sur une certaine étendue. L'exploration de l'os faite à l'œil et au doigt ne permet de constater aucun signe clinique de fracture, ni aucune félure.

16 *juillet*. — Le blessé, qui est resté couché depuis l'accident, souffre toujours beaucoup au moindre mouvement actif ou passif de sa jambe.

Je le radiographie, en prenant sur une même plaque une épreuve antéro-postérieure et une autre externe-interne.

Sur la première épreuve examinée attentivement vous constaterez une félure en forme de V disposé horizontalement et présentant son ouverture du côté externe ; le V est encadré dans le canal médullaire, et il ne semble pas, par ses branches, pas plus que par son sommet, empiéter sur les deux lames compactes diaphysaires.

La seconde épreuve qui se trouve sur la même plaque est un peu floue, le malade ayant remué. Vous y remarquerez malgré cela une petite encoche sur le bord extérieur de la lame compacte postérieure; le trait ne se continue pas à travers cette lame, mais reparaît au niveau du canal médullaire avec une direction oblique en bas et en avant.

J'ai repris ensuite deux épreuves transversales sur une seconde plaque, en tentant de mieux immobiliser le membre.

Sur la radiographie externe-interne, un peu floue encore, vous voyez le trait de fracture, sous forme d'un O incomplet; la branche inférieure traverse la paroi compacte postérieure, avec une courte interruption, puis reparaît au niveau de l'espace médullaire, se recourbe vers le haut, et se termine contre la partie interne de la lame compacte postérieure, sans la pénétrer.

Si maintenant vous examinez la radiographie interne-externe qui est très nette, vous pouvez suivre la félure dans toute son étendue. Elle est nettement en forme d'O incomplet; sa branche inférieure traverse la lame compacte postérieure du tibia et sa branche supérieure s'arrête au contact de cette lame.

Ce fait me semble démontrer l'importance de la radiographie dans ces cas de contusion du tibia par coup de pied de cheval. Les symptômes cliniques font présumer la fracture, sans pouvoir la démontrer; il faut s'adresser à la radiographie, moyen de diagnostic complémentaire, pour pouvoir en affirmer l'existence.

Il s'agit là d'une fracture incomplète en bois vert, dans laquelle la félure ayant tendance à isoler un coin osseux siège sur la face de l'os opposée au point percuté. Le mécanisme en est bien connu depuis les expériences de Messerer.

Je vous rapporterai brièvement le second fait.

Le lieutenant D..., entre ces jours derniers au Val-de-Grâce, dans le service de M. Nimier, portant un corps étranger dans chaque genou. Le corps étranger du genou gauche est le plus gros et également le plus mobile ; celui du genou droit reste relativement fixé dans la partie supéro-externe de la synoviale. Sur la radiographie de ce dernier genou prise dans le sens interne-externe, tandis que la première a été faite en sens inverse, vous pouvez voir également un corps étranger de même nature logé dans la bourse prétibiale sous-ligamenteuse.

Depuis l'âge de douze ou treize ans, le sujet présente des hydarthroses bilatérales à répétition. Il a des antécédents rhumatismaux, qui sont probablement la cause du développement exagéré de la tubérosité antérieure du tibia, que vous pouvez constater.

Il n'accuse dans son jeune âge aucun traumatisme au niveau des genoux. Il croit cependant que le corps du côté gauche a grossi à la suite d'une chute de cheval en 1899.

Je vous présente les deux corps étrangers, qui ont été enlevés ces jours derniers par M. Nimier. Le plus grand mesure 3 centimètres de long, sur 22 millimètres de largeur moyenne et une épaisseur de 3 à 4 millimètres. L'autre, de contour circulaire, a un diamètre de 12 à 15 millimètres et une épaisseur de 4 à 5 millimètres.

Le petit corps inclus dans la bourse prétibiale, insensible à la palpation et révélé par la radiographie, a été laissé en place.

Le dernier fait dont il me reste à vous entretenir tire en partie son intérêt de sa rareté. Il concerne un blessé en traitement actuellement dans le service de M. Mignon, auquel je laisse le soin de vous communiquer *in extenso* l'observation clinique, et de vous montrer le résultat de l'opération qu'il a pratiquée il y a quelques jours.

Le 17 juillet, j'ai radiographié le nommé C..., du 104e de ligne. L'avant-veille, pour éviter une chute, en descendant un escalier, il saute cinq à six marches et se fait un traumatisme du pied droit, sans savoir exactement comment a porté son pied.

Les deux radiographies que je vous présente, prises l'une dans le sens externe-interne, l'autre en position dorso-plantaire, vous montrent nettement une fracture du scaphoïde, avec énucléation dorsale incomplète de l'os.

On voit en effet le corps du scaphoïde sorti de sa mortaise, chevauchant sur le dos des cunéiformes par son rebord antéro-infé-

rieur, tandis que la plus grande partie de sa face articulaire postérieure reste en contact avec la tête astragalienne.

Pour pouvoir s'énucléer, le scaphoïde, ainsi que vous vous en rendez facilement compte, a laissé en place ses portions les plus solidement fixées par les liens fibreux, ligamenteux ou tendineux; c'est ainsi que sa tubérosité interne et quelques lamelles osseuses de sa face inférieure sont restées dans la mortaise astragalo-cunéenne.

Paublan (Thèse de Paris 1900) décrit trois formes de luxation du scaphoïde : 1° dans son articulation avec l'astragale (luxation astragalo-scaphoïdienne); 2° dans son articulation avec les cunéiformes; 3° dans ses deux articulations à la fois (énucléation).

Le cas dont nous nous occupons appartient à la seconde forme.

Dans les observations de luxation scaphoïdo-cunéenne rapportées par Burnett et Rizzoli, il existait simultanément un déplacement de l'astragale sur le calcanéum et M. Delorme leur applique à juste raison la dénomination de luxation *sous-astragalo-scaphoïdo-cunéenne*.

Dans deux observations récentes de luxation scaphoïdo-cunéenne, la lésion a pu être étudiée directement pendant l'opération : cas de M. Berger (Société de Chirurgie, 31 mars 1897), et cas de Duret rapporté par Paublan; dans ce dernier l'intervention chirurgicale a été précédée de la radiographie, qui a donné une image semblable à celle que nous vous soumettons.

Le mécanisme de cette luxation nous semble être celui qu'indique Paublan : dans une chute sur la pointe du pied, le scaphoïde est comprimé entre l'astragale et les cunéiformes, et tend à s'énucléer vers le haut, comme un noyau de cerise.

Pyonéphrose calculeuse.

M. Bazy. — Le rein et le calcul ramifié, coralliforme, que je vous présente, avec les petits calculs à facette qui l'accompagnent, proviennent d'un malade que j'ai opéré il y a deux jours à la maison de santé des Frères Saint-Jean-de-Dieu, avec le concours de mes élèves Berthier, Mouchotte et Masson.

C'est un homme de trente-cinq ans qui m'avait été annoncé de province, comme atteint de fistule urétro-périnéale.

Il avait en effet une fistule périnéale entourée de tissus calleux, laissant passer à chaque miction environ une cuillerée à dessert d'urine trouble.

Mais ce qui m'avait le plus frappé, c'est l'aspect de cet homme qui était amaigri, avait la peau jaune, terreuse, avait perdu l'appétit, les forces, et avait tous les soirs un peu de fièvre.

Il prétendait que ces accidents généraux ne remontaient guère qu'à un mois; mais en l'interrogeant, on lui faisait reconnaître qu'il était malade depuis plus d'un an, mais que son état s'était considérablement aggravé depuis un mois.

Je soupçonnai immédiatement une autre cause à cet état et je n'eus pas de peine à la trouver dans son rein gauche qui était énorme, débordant de trois travers de doigt au moins le rebord costal, remontant au moins d'autant sous les fausses côtes, allant presque jusqu'à la ligne médiane, peu douloureux cependant, mais immobile; impossible d'y déceler de la fluctuation.

Le diagnostic pyonéphrose s'imposait.

De quelle nature? Rien dans les antécédents qu'une blennorragie il y a six ans, et dont la fistule et un rétrécissement n° 15 au niveau de la fistule avaient été la conséquence. L'urine était très trouble et contenait une notable quantité de pus.

Le malade ne toussait pas.

Quelle que fût la cause de cette pyonéphrose, il fallait intervenir rapidement de ce côté. La température allait le soir de 38°2 à 38°5; le matin, 37°3 à 37°6.

Cliniquement, un seul rein était pris; donc on pouvait enlever le rein malade.

L'analyse d'urine donnait des résultats favorables.

Néanmoins, je voulus m'assurer de l'intégrité de l'autre rein.

L'épreuve du bleu de méthylène fut parfaite. Dès la première demi-heure, l'urine était d'un beau bleu et l'élimination dura trente-six heures.

J'étais pleinement rassuré.

J'ai fait la néphrectomie lombaire sous-capsulaire.

La capsule adipeuse était épaisse d'au moins 1 centimètre à 1 centimètre et demi.

Pour pouvoir décortiquer le rein, je dus vider les poches purulentes, qui laissèrent échapper du pus vert (probablement encore teinté par le bleu de méthylène) et très odorant. Je liai séparément trois branches assez petites de l'artère rénale au milieu d'un tissu scléreux très épais.

Après l'ablation, il restait une cavité capable de loger deux grosses oranges. J'ai mis deux drains et tamponné à la gaze stérile.

Le soir, la température était de 37°6 seulement, 37°2 hier matin, 37°1 hier soir, 36°8 ce matin.

Les suites ont été parfaites, telles que le faisait prévoir l'état

d'intégrité du rein démontré par le bleu, malgré la gravité apparente de l'état général.

La première urine était beaucoup plus chargée de pus que l'urine d'avant l'opération. Les malaxations, auxquelles le rein avait été soumis pendant l'opération, avaient fait couler du pus dans la vessie.

A la deuxième miction, l'urine était beaucoup moins trouble et à la troisième l'urine était presque claire.

Aujourd'hui elle est tout à fait claire.

La quantité d'urine des premières vingt-quatre heures est de 650 centimètres cubes; ce matin elle atteignait 1.050 centimètres cubes.

C'est encore un nouveau fait qui prouve que l'on peut se passer du cathétérisme urétéral pour le diagnostic des lésions unilatérales des reins.

Lithiase biliaire. Cholécystotomie idéale. Guérison.

M. Potherat. — Je vous présente deux calculs biliaires, tous deux mûriformes, l'un du volume d'une noix, l'autre gros comme une noisette, et que j'ai enlevés, il y a douze jours, de la vésicule d'une paysanne de quarante ans.

L'histoire de cette malade est fort intéressante ; son observation figurera avec une autre semblable dans une communication ultérieure.

Je dirai simplement que la malade n'avait jamais eu d'ictère, jamais non plus d'arrêt dans le cours de la bile. Les matières ont toujours été normalement colorées. Aussi, tenant compte de ces anamestiques d'une part, et de la faible épaisseur des parois de la vésicule qui m'indiquait que celle-ci n'avait pas subi une inflammation sérieuse, je crus bien faire en ne créant pas d'abouchement à la peau. Après avoir protégé l'abdomen ainsi qu'il convient, j'ouvris la vésicule, j'en fis sortir les deux calculs, et, après m'être assuré qu'il n'en existait point d'autre, je refermai cette vésicule par deux plans de sutures superposés, au fil de lin. Je fermai ensuite l'abdomen par un triple plan de sutures, selon ma pratique habituelle, après avoir pris soin, par mesure de prudence, de laisser dans le ventre, au contact de la vésicule, une petite mèche de gaze stérilisée. Cette mèche fut retirée au bout de quarante-huit heures ; il n'y eut aucune irruption de bile, soit à

ce moment, soit consécutivement. Aujourd'hui, la réunion est parfaite, complète, sans qu'aucun incident soit survenu. Au point de vue opératoire, cette malade est guérie ; elle l'est aussi au point de vue thérapeutique ; mais j'y reviendrai. Les faits de cholécystotomie idéale n'étant pas encore très fréquents, il m'a paru bon de vous présenter ce cas, le premier de ma pratique personnelle.

Impaludisme. Splénectomie.

M. Potherat. — Je vous présente une *rate* que j'ai enlevée, il y a cinq jours, à une malade de mon service de la Maison municipale de santé. Cette rate, extrêmement volumineuse, était en ectopie abdomino-pelvienne. Elle avait donné lieu à différents diagnostics erronés, et d'ailleurs à peu près inévitables. J'y reviendrai quand je publierai cette intéressante observation.

La malade, âgée de vingt-neuf ans, revient du Sud-Africain qu'elle a habité pendant cinq ans. Elle présente des accidents graves et répétés d'*impaludisme* depuis au moins dix-huit mois, accidents qui ont notablement altéré son état général.

L'opération, pratiquée il y a cinq jours, je l'ai dit, n'a pas présenté de sérieuses difficultés ; tous les moyens d'union péritonéaux et vasculaires de l'organe ont été liés avant d'être sectionnés ; les vaisseaux du pédicule ont été ligaturés à la soie forte et chacun d'eux isolément. L'ablation a été absolument exsangue.

Je note que le pédicule vasculaire était surchargé de *graisse*, comme cela s'observe autour des viscères de l'abdomen chroniquement enflammés. Je souligne aussi la présence au niveau du hile de *deux ganglions lymphatiques* gros comme un haricot de Soissons, rouge brun, peu adhérents aux tissus circonvoisins.

La rate, pesée aussitôt après son ablation, avec le sang qu'elle contenait, a donné 2 kilogrammes et 300 grammes. Elle avait la forme, le volume et l'aspect d'un foie hypertrophié.

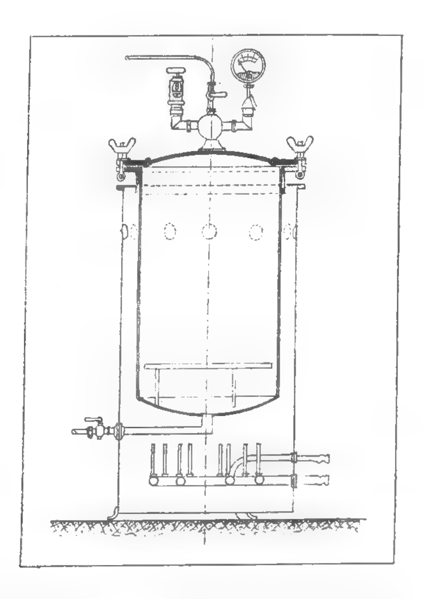
L'opérée a eu 39 degrés le soir même de l'opération, 38°2 le lendemain, et très vite elle est revenue à la normale. Cette élévation brusque, en clocher, de la température, que rien ne justifiait d'autre part, me paraît être sous la dépendance de l'impaludisme. L'état de cette femme est tout à fait satisfaisant.

Présentation d'appareil.

Autoclave.

M. Monod présente, au nom de M. Vanverts, un autoclave permettant l'asséchement des objets stérilisés.

Cet autoclave est une simplification de ceux de Sorel et de



Vaillard. Il ressemble à un autoclave ordinaire de Chamberland, avec cette seule modification qu'un tube, muni d'un robinet, est adapté au fond de la chaudière. La stérilisation étant terminée, on ouvre ce robinet ; l'eau de la chaudière et une grande partie de la vapeur peuvent ainsi s'échapper. On ferme ensuite ce robinet, on ouvre celui qui se trouve sur le couvercle de l'appareil et on chauffe *très légèrement* pendant une demi-heure environ.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 3 JUILLET 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos du procès-verbal.

Sur la cocaïne lombaire.

M. Chaput. — M. le Président m'ayant demandé le nombre des anesthésies du membre supérieur que j'avais obtenues par la rachicocaïnisation, j'ai consulté mes notes et je vous en apporte les résultats sommaires.

Sur 102 anesthésies lombaires je compte :

31 anesthésies des membres supérieurs.
13 de la face.
9 totales (de toute la tête).

Donc en tout 53 anesthésies très étendues comprenant les membres supérieurs; ces anesthésies ont été obtenues pour la plupart sans les avoir cherchées — et avec des doses variant de 1 centig. 1/2 à 4 centigrammes.

Rapport.

Traitement des rétrécissements du rectum par la colostomie temporaire et le cathétérisme du rectum, de haut en bas, par MM. Souligoux et Lapointe.

Rapport par M. CHAPUT.

L'observation de nos collègues peut se résumer de la façon suivante :

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-neuf ans, sans antécédents de syphilis, tuberculose, grossesse ou blennorragie.

En 1884, elle est atteinte de fièvre typhoïde. En 1886 débute une constipation opiniâtre; en 1891 apparaissent du ténesme rectal, du muco-pus par l'anus, des végétations anales. En 1895, on constate, outre les végétations, une bride circulaire siégeant à 5 centimètres de l'anus; plus haut on trouve une ampoule rectale à parois épaisses, recouvertes de saillies tubéreuses.

Plus haut encore, l'index s'engage dans un canal étroit à parois épaisses dont on n'atteint pas la limite supérieure.

On admet un rétrécissement congénital du rectum, ayant favorisé le développement d'une rectite proliférante et sténosante.

En 1895 M. Souligoux enlève seulement les végétations. En 1897 il fait une tentative infructueuse de dilatation au moyen des bougies de Hégar.

En 1899, en présence d'accidents d'occlusion chronique, M. Souligoux pratique un anus iliaque avec éperon. Quelques jours après, lavages du rectum à l'eau oxygénée, par l'anus iliaque.

Quelques semaines plus tard, notre collègue sectionne la bride rectale avec le bistouri boutonné, et essaie inutilement de dilater le rétrécissement de bas en haut. Il cathétérise alors le rectum du haut en bas, par l'anus iliaque, avec une bougie œsophagienne n° 25 qui ressort par l'anus vrai.

L'opérateur attache avec une soie une bougie plus grosse derrière la première, et ainsi de suite; il arrive ainsi à passer dans la première séance six bougies, dont la plus grosse a le volume du petit doigt.

Ces mêmes cathétérismes sont recommencés tous les deux jours, et en un mois on passait une bougie de 2 centimètres de diamètre.

La malade, sortie de l'hôpital, continua ses lavages à l'eau oxygénée; elle venait se faire dilater toutes les semaines.

Neuf mois plus tard M. Souligoux fit deux applications d'enté-

rotome sur l'éperon, puis ferma l'intestin par une entérorraphie latérale, sans ouverture du péritoine.

Depuis lors la malade continue à se cathétériser elle-même par l'anus vrai, deux fois par semaine, avec trois bougies dont la plus grosse mesure 22 millimètres de diamètre.

En avril 1901 la santé de la malade est très satisfaisante; elle a chaque jour une selle moulée, du volume du pouce.

Le bilan de cette observation se réduit à ceci : Rétrécissement du rectum rebelle à la dilatation. Anus iliaque. Nouvel essai infructueux de dilatation par l'anus vrai. Essai heureux de cathétérisme de haut en bas par l'anus iliaque, permettant la dilatation régulière par cette même voie. Fermeture de l'anus iliaque. Entretien du calibre du rectum par la dilatation de bas en haut. Excellent résultat.

Le traitement des rétrécissements du rectum est trop épineux pour que nous ne nous arrêtions pas sur ce résultat vraiment remarquable.

Les méthodes dont nous disposons actuellement contre cette affection sont : la dilatation simple, l'anus iliaque, et l'extirpation du rectum.

La dilatation aidée de la cocaïsation locale, si bien réglementée par M. Reclus, est excellente pour les rétrécissements peu serrés et peu élevés, mais elle est impuissante dans les conditions inverses.

L'anus iliaque n'est guère employé que comme un acte préliminaire de l'extirpation du rectum, ou à titre de dérivation palliative définitive. Les cas de colostomie temporaire suivie de dilatation par les voies naturelles, et de fermeture consécutive de l'anus iliaque, sont rares, et n'ont été observés que par Allingham, Thiem et Lapointe, cités par M. Souligoux.

L'extirpation du rectum, excellente dans certains cas, a ses indications singulièrement restreintes d'abord par les rétrécissements très étendus qui se prolongent très loin sur le côlon descendant. L'extirpation est encore contre-indiquée dans les rétrécissements à parois épaisses de plusieurs centimètres, dont l'ablation est des plus graves, et qui exposent en outre au retour de la sténose par compression du rectum, lorsque celui-ci est étreint dans un couloir de tissus scléreux et rétractiles. M. Lapointe a beaucoup insisté sur ces faits dans un mémoire antérieur.

L'extirpation ne peut donner des résultats avantageux que si elle permet le rétablissement de la continuité du rectum; mais il faut pour cela, comme l'a dit M. Delbet, que le rétrécissement soit peu étendu en profondeur et en longueur; or de tels cas sont souvent justiciables de la dilatation simple.

Faut-il faire l'extirpation quand elle ne peut aboutir qu'à l'anus sacré?

Cette perspective, admissible pour une affection maligne comme le cancer, ne l'est plus pour le retrécissement, et en pareil cas je me contenterais de l'anus iliaque, dont les inconvénients, comparés à ceux de l'anus sacré, sont minimes et d'ailleurs largement compensés par une bénignité plus grande.

Dans l'observation précédente, la dilatation ordinaire était impossible, l'anus iliaque constituait une infirmité qui ne peut se comparer au résultat obtenu par M. Souligoux.

Quant à l'extirpation, elle semblait possible; mais elle était dangereuse, comme toujours, et, étant donnée l'étendue du rétrécissement, elle ne pouvait guère aboutir qu'à un anus sacré.

Ne trouvez-vous pas que faire courir à la malade le risque d'une extirpation du rectum, pour ne lui donner en fin de compte qu'un anus sacré au lieu d'un anus iliaque, c'eût été faire une besogne mauvaise, et en tout cas bien inférieure à la pratique de M. Souligoux, qui, sans faire courir de dangers à sa malade, lui a procuré un résultat meilleur qu'une extirpation avec anus sacré?

Notre collègue insiste un peu trop, à mon sens, sur la nécessité d'une dérivation prolongée des matières. Ce n'est pas la dérivation des matières seule qui a guéri le rectum de sa malade, c'est surtout la dilatation; ce n'est pas la dérivation prolongée qui a facilité le cathétérisme, puisqu'on l'a pratiqué de bonne heure, c'est le changement de voie qui a rendu le cathétérisme possible.

La dérivation ne doit pas être prolongée outre mesure; à partir du moment où la dilatation est suffisante, et où le rectum ne sécrète plus de pus, il suffit de tenir le malade en observation pendant un mois environ, pour être sûr que la guérison est complète: on peut alors fermer l'anus iliaque en toute sécurité — si l'on a constaté que le cathétérisme par l'anus vrai est devenu possible et facile.

Nous ne devons pas nous leurrer, ni croire que nous pourrons toujours, ni même souvent réussir à faire le cathétérisme de haut en bas, car j'ai moi-même essayé plusieurs fois cette méthode, mais toujours sans succès.

Nous devrons cependant l'essayer dans tous les cas, et, ne réussirions-nous qu'une fois sur cent, nous devrions être très reconnaissants à nos collègues de nous avoir indiqué un procédé qui peut dans des cas isolés rendre d'appréciables services.

M. Soulignoux a fermé l'anus iliaque en deux temps; dans un premier temps il a appliqué l'entérotome; deux séances lui ont suffi pour obtenir une brèche suffisante.

Il a ensuite fermé l'orifice intestinal par une entérorraphie latérale sans ouverture du péritoine.

On peut sans inconvénient procéder avec plus de rapidité.

Je signalerai d'abord le procédé de Richelot, dans lequel on sectionne l'éperon à petits coups en le suturant au fur et à mesure. Cette méthode est rapide et élégante, mais elle ne permet pas toujours de faire une brèche suffisante. Elle expose en outre à des hémorragies qui peuvent être graves, car on est mal placé pour faire l'hémostase des artérioles sous-séreuses.

J'ai opéré, il y a une dizaine d'années, un malade de mon maître M. Duplay, par le procédé de Richelot. L'opération fut assez facile, mais une hémorragie produisit un hématome qui déchira mes sutures; il en résulta une infection péritonéale. Je ne saurais donc recommander cette méthode sans réserves.

Je conseillerais, dans l'hypothèse d'une opération en deux temps, la section au bistouri de Richelot, mais en remplaçant les sutures par une application, aussi multipliée qu'il le faudrait, d'agrafes rondes de longueur suffisante pour embrasser une certaine étendue de tissus. On serait ainsi sûrement à l'abri des hémorragies.

Je pratiquerais ensuite l'entérorraphie latérale, qui peut s'exécuter facilement sans ouverture du péritoine, à la condition expresse de réséquer largement la muqueuse exubérante. Je ferais la suture par abrasion que j'ai décrite, ou la suture séro-séreuse, soit au moyen de soies, soit au moyen d'agrafes métalliques.

Il me paraît encore préférable de faire toute l'opération en un seul temps, de manière à réaliser une véritable entérorraphie longitudinale, comme je l'ai conseillée dans mes travaux antérieurs. J'inciserais circulairement autour de l'anus artificiel, et je pénétrerais dans le péritoine; j'exciserais alors le bourrelet exubérant de muqueuse; j'attirerais les deux bouts au dehors en les plaçant côte à côte en canons de fusil; je ferais une fente longitudinale sur chaque bout, et je réunirais les lèvres homologues par des sutures ou des agrafes; je fermerais ensuite l'orifice terminal et je fixerais l'intestin derrière la paroi abdominale.

La manière de M. Souligoux est lente sans doute, mais très prudente et très régulière, et elle lui a fourni un beau succès qui le justifierait s'il en était besoin.

Rétrécissement du rectum.

M. Potherat. — M. Chaput pense que M. Souligoux exagère l'importance ou plutôt la valeur de la dérivation prolongée des matières fécales sur la cure du rétrécissement du rectum. Je ne suis pas tout à fait de cet avis et je me rapproche beaucoup plus

de l'opinion défendue par M. Souligoux ; je crois fermement que la dérivation des matières a, par sa durée, une réelle et une très avantageuse influence sur le rétrécissement rectal.

A l'appui de cette opinion je vais vous rappeler une observation qui d'ailleurs figure, en entier, dans la thèse de M. Lapointe. Cette observation appartient à la fois à M. Tillaux, à mon maître M. le D[r] Segond et à moi-même. Voici en quoi elle consiste.

Il y a quelques années, je vis arriver dans le service de la Salpêtrière, dont j'étais alors chargé, une jeune fille de dix-huit ans, portant un anus iliaque, et des fistules péri-anales — pour lesquelles elle venait se faire opérer — Elle nous racontait que cet anus artificiel lui avait été pratiqué quinze ou dix-huit mois auparavant par M. Tillaux pour un rétrécissement du rectum. Le fait d'ailleurs avait fait l'objet d'une leçon clinique de M. Tillaux, leçon publiée dans la *Médecine Moderne*. En me reportant à cette leçon, j'y trouvai la description d'un rétrécissement très serré, très étendu, par hyperplasie conjonctive, sur la nature duquel M. Tillaux n'avait pu se prononcer; il avait pensé toutefois qu'il s'agissait là d'un rétrécissement par tuberculose hypertrophiante. Or, en touchant cette malade, je ne trouvais plus ce rétrécissement mamelonné, étendu, qu'avait décrit M. Tillaux. Il y avait là un rétrécissement serré encore, mais très limité ; de sorte qu'il me sembla que ce rétrécissement pourrait être aisément excisé. La malade, traitée pour ses fistules anorectales, resta en observation encore quelques semaines. Mon maître M. Segond ayant pris le service de la Salpêtrière, je lui présentai la malade, et il se proposait de l'opérer quand, l'ayant endormie, il constata que le rétrécissement était devenu très souple, très facilement perméable.

Cette amélioration progressive s'était donc faite spontanément, du seul fait de la dérivation des matières. Un peu plus tard, je fis la laparotomie iliaque gauche, je libérai l'intestin autour de son abouchement à la peau, je fis l'avivement de l'orifice intestinal, une entérorrhaphie linéaire, et la cure de l'anus artificiel fut obtenue. J'ai perdu de vue cette malade ; mais j'ai tenu à vous rappeler ce fait pour montrer l'influence de la dérivation des matières fécales sur le rétrécissement du rectum.

M. Pierre Delbet. — La dérivation des matières a incontestablement une grande influence sur les lésions du rectum, mais il faut distinguer : elle agit bien plus sur la rectite que sur le rétrécissement engendré par cette rectite. Elle fait disparaître la suppuration, les suintements, souvent aussi les fistules; elle modifie les lésions de surface, mais laisse persister les lésions profondes, pour peu qu'elles soient avancées.

L'effet de la dérivation des matières dépend aussi de la nature du mal. Dans les cas que viennent de nous citer mes amis Chaput et Potherat, il n'y a pas eu d'examen histologique, et c'est une lacune fort regrettable.

Nous savons, depuis les recherches de Sourdille, que beaucoup de ces rectites proliférantes et sténosantes sont de nature tuberculeuse, beaucoup, mais pas toutes. Or, il ne me paraît pas douteux que les lésions varient dans une certaine mesure avec la cause qui les engendre. Les modifications superficielles de la muqueuse changent peu; il semble que cette membrane réagisse à peu près de même, quel que soit l'agent d'irritation. Il se forme à sa surface des verrucosités sur lesquelles l'épithélium, de cylindrique, devient pavimenteux, verrucosités que M. Reclus a parfaitement décrites, et qui ont reçu un moment le nom de molluscums fibreux du rectum.

Ce sont surtout les lésions profondes qui diffèrent. Dans les rectites banales, toute la paroi du rectum peut être envahie par la sclérose; mais en dehors du rectum, dans les tissus péri-rectaux, les modifications ne sont pas d'ordinaire très considérables, et probablement elles peuvent rétrocéder lorsque, par suite de la dérivation des matières, la rectite guérit.

Au contraire, quand il s'agit de tuberculose, les lésions envahissantes s'étendent souvent loin du rectum, et, en raison de leur nature même, elles ne rétrocèdent nullement lorsqu'on a dérivé le cours des matières.

Quant au sujet qui fait le fond même de la communication de M. Souligoux et du rapport de mon ami Chaput, la dilatation rétrograde du rétrécissement, je le trouve très intéressant. Je ne connaissais point de faits où la dilatation rétrograde eût été employée pour des rétrécissements rectaux. Elle me paraît présenter de grands avantages, puisqu'elle permet d'agir sur toute l'étendue des rétrécissements qui remontent haut, rétrécissements dont on ne peut guère atteindre que la partie inférieure par la dilatation de bas en haut.

Elle me paraît d'autant plus importante que l'extirpation, dans ces cas, peut présenter des difficultés insurmontables. Pour ma part, je me suis vu, dans deux cas, obligé d'y renoncer.

L'une des malades, que j'ai opérée il y a neuf ans, était entrée à l'hôpital avec une rectite intense et des fistules périnéales multiples. Je lui fis d'abord un anus contre nature. Puis, lorsque le rectum eut cessé de suinter et que les fistules furent à peu près taries, j'entrepris l'extirpation. Je réussis à mobiliser l'extrémité inférieure du rectum, mais les lésions remontaient très haut; je continuais à abaisser des parties de plus en plus élevées du tube

intestinal, quand je fus arrêté tout à coup par une résistance invincible. Je ne compris pas d'abord d'où venait cette résistance; puis, je me demandai si elle ne tenait pas à l'anus contre nature, et, en effet, ayant découvert la paroi abdominale, je constatai qu'en tirant sur le bout inférieur j'entraînais l'orifice artificiel. C'est pour cela que j'ai donné le conseil, pour les cas de ce genre, d'établir l'anus sur la partie la plus élevée de l'S iliaque. Dans les conditions où je me trouvais, il n'y avait plus rien à faire : je dus abandonner la partie, et la malade a conservé son anus artificiel. Je crois que c'est elle que Chaput a revue à la Salpêtrière.

Dans un second cas, j'avais fait également un anus contre nature ; mais quand je voulus faire l'extirpation du rectum, je me trouvai en présence de difficultés d'un autre ordre. Le rectum, si rétréci que j'avais peine à suivre son canal presque supprimé, était enfoui dans un globe fibreux qui adhérait au sacrum en arrière, à l'utérus et sans doute à l'intestin en avant. Je remontai très haut sans dépasser cette gangue fibreuse, et comme je craignais qu'en avant elle eût englobé des anses intestinales dans son épaisseur, je crus sage de m'arrêter. J'ai revu cette malade il y a quelques jours; elle se porte bien, mais elle conserve son anus contre nature. Si je puis la retrouver, j'essaierai la dilatation rétrograde.

M. Walther. — Il y a trois ans j'ai observé une malade atteinte de rétrécissement infranchissable du rectum avec un épaississement énorme des tissus péri-rectaux. Le rétrécissement était si bosselé, l'infiltration périphérique si dure, que j'avais un moment pensé à un néoplasme; j'ai fait un anus iliaque. Or cette femme, qui était absolument cachectique à ce moment, je l'ai trouvée avec une mine florissante il y a quelque temps. J'ai eu la curiosité d'explorer le rectum : j'ai trouvé un rétrécissement, mais il est souple, il laisse facilement passer le doigt, il est un peu douloureux sur un point hyperesthésié. Mais il me paraît maintenant pouvoir être facilement et utilement traité; c'est un rétrécissement annulaire de 2 centimètres de haut environ. Cette observation vient à l'appui de celle de M. Potherat.

M. Kirmisson. — Il est incontestable que la dérivation des matières peut suffire à améliorer beaucoup l'état du rectum. Je poserai une question à M. Chaput. Comment M. Souligoux a-t-il fait le cathétérisme? S'est-il servi d'un conducteur? Car nous savons qu'au-dessus du rétrécissement il y a de la dilatation, des ulcérations; or, en faisant le cathétérisme sans conducteur de haut en bas, on pourrait faire des fausses routes.

M. Reclus. — M. Chaput nous dit dans son rapport que si j'ai réussi par la méthode que j'ai décrite il y a quelques années devant la Société de chirurgie, c'est que mon rétrécissement était bas situé et large. Le premier fait est exact; mon rétrécissement était bas situé, mais il était très étroit.

M. Chaput. — Je suis de l'avis de mes collègues, et je pense que la dérivation prolongée est très utile, mais elle n'a de valeur selon moi que contre l'élément rectite; elle n'a aucune action contre le rétrécissement, puisque celui-ci, n'étant plus soumis à la dilatation par le bol rectal, a plutôt tendance à se rétracter.

J'ai seulement voulu dire que, dans l'observation de M. Souligoux, ce n'était pas la dérivation qui avait guéri la malade, mais bien la dilatation, puisque celle-ci a donné tous ses résultats en quelques semaines.

Pour ma part, j'estime que lorsque par la dilatation on a obtenu le rétablissement du calibre et l'asséchement du rectum, on ne peut rien attendre de plus, et il est inutile de prolonger la dérivation pendant des mois et des années.

M. Delbet nous disait que la dérivation n'est pas toujours efficace, et qu'elle n'agissait que sur la rectite; je suis de son avis, et j'ai constaté, précisément sur une malade de M. Delbet, que, malgré une dérivation prolongée pendant des années, le rétablissement du calibre du rectum ne s'était pas produit.

Notre collègue signale encore l'impossibilité de mener à bien certaines extirpations du rectum; j'ai opéré, moi aussi, une malade chez laquelle le rectum constituait une tumeur du volume d'une tête de fœtus; je l'enlevai sur une grande hauteur, mais je ne pus faire une ablation complète; l'opération fut inutile et la malade, très cachectique, succomba; il ne faut donc pas s'engager à la légère dans des opérations souvent difficiles et toujours graves.

M. Walther nous communique une amélioration par la dérivation; mais ici encore le rétrécissement persiste; la dérivation a guéri la rectite, mais pas la sténose, comme je le disais plus haut.

M. Kirmisson objecte que le cathétérisme sans conducteur expose à la blessure de la muqueuse altérée; je suis tellement de son avis que j'ai demandé spécialement à M. Souligoux de quelle manière il réunissait ses sondes à la soie conductrice; il m'a expliqué qu'il attachait simplement la soie au collet qui surmonte le bouton terminal de la sonde; je lui ai fait cette objection que le bouton devait constituer une saillie latérale gênante, mais M. Souligoux, qui a exécuté un grand nombre de fois ces cathétérismes, affirme que cette difficulté n'est pas réelle. L'expérience a prononcé, nous avons donc le devoir de nous incliner.

M. Reclus nous dit que dans son observation il a pu obtenir la dilatation d'un rétrécissement peu élevé, mais très serré; j'ai dit que la dilatation ne pouvait réussir lorsque le rétrécissement était à la fois élevé et serré. — L'observation de M. Reclus n'infirme donc pas mon opinion.

Communications.

Persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic, avec prolapsus de la muqueuse intestinale, chez un enfant de cinq mois; laparotomie; extirpation du diverticule; guérison.

par M. E. KIRMISSON,

Les faits de persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic doivent être considérés comme de véritables raretés. Pour ma part, j'ai eu l'occasion de faire autrefois ici un rapport sur un cas de cette nature observé et opéré heureusement par M. Broca. Mais jusqu'à ces derniers temps, je n'en avais pas rencontré dans la pratique, lorsque, le 1er mai dernier, entra dans mon service un jeune enfant présentant un exemple évident de ce genre de malformation. Je dois ce fait intéressant à M. le Dr Herbet, prosecteur des hôpitaux, qui, ayant vu l'enfant à la consultation de la Pitié, voulut bien me l'adresser.

Il s'agit d'un petit garçon, né le 13 novembre 1900; il était donc âgé de cinq mois et demi environ quand nous avons eu l'occasion de l'examiner; nourri au sein par sa mère, il put être admis avec elle à l'hôpital, grâce à l'adjonction à notre service de chirurgie infantile, dans le nouvel hôpital Trousseau, d'un petit service de crèche, dont l'existence est pour nous si précieuse.

Les antécédents sont les suivants : la mère, âgée actuellement de trente-cinq ans, est bien portante. Le père, que nous n'avons pu examiner, est âgé de quarante ans, et, paraît-il, d'une mauvaise santé. Il a eu, l'année dernière, une attaque épileptiforme, sur la nature de laquelle nous ne pouvons être fixés. De ce mariage sont nés quatre enfants; les trois autres, âgés de quinze ans, de cinq ans et de quatre ans, sont bien portants et bien conformés.

L'enfant est né à terme, par la tête; l'accouchement a été facile. Le cordon a paru normal à la naissance; il est tombé au bout de trois jours, et la mère a constaté alors, au niveau de l'ombilic, une grosseur blanchâtre, qui, huit jours après, a pris une colora-

tion rougeâtre, semblable à celle que nous lui voyons actuellement.

Quand nous examinons le petit malade à son entrée à l'hôpital, nous constatons en effet chez lui, au niveau de l'ombilic, la présence d'une petite tumeur d'un rouge vif, du volume d'une fraise. La muqueuse est lisse à son niveau, elle offre à sa surface deux petits mamelons saillants, et, à sa partie supérieure, un petit orifice dans lequel il est possible d'insinuer un stylet qui pénètre de haut en bas à une profondeur de 3 centimètres et demi à 4 centimètres. La tumeur, de coloràtion rouge, d'apparence muqueuse, comme nous l'avons déjà dit, se continue sans interruption avec la peau de la région ombilicale. Pendant les cris et les efforts, elle augmente de volume en longueur et en largeur. On voit également, à ce moment, sourdre au niveau de son orifice externe un peu de mucosités; jamais il ne s'est écoulé de matières fécales. Néanmoins les caractères de la tumeur, tels que nous venons de les énumérer, sont assez nets pour nous permettre d'affirmer le diagnostic de fistule diverticulaire de l'ombilic, avec prolapsus de la muqueuse.

L'enfant est, par ailleurs, bien portant et bien conformé. Toutefois, dans les jours qui ont suivi son entrée à l'hôpital, il a eu des accidents de bronchite fébrile, qui nous ont obligé à surseoir un peu à l'opération. Celle-ci a été pratiquée seulement le 7 mai.

Elle a été conduite de la façon suivante : après chloroformisation, on commence par exciser un anneau circulaire de la peau tout autour de la petite tumeur, en laissant une collerette cutanée adhérente à cette dernière. L'incision est élargie par en haut et par en bas au moyen d'un débridement vertical, de manière à lui donner une longueur de 3 centimètres et demi environ. Peu à peu, avec le bistouri, on sectionne les tissus de dehors en dedans tout autour de la cicatrice ombilicale. A un moment donné, le bistouri sectionne le péritoine pariétal, et une anse intestinale se montre au dehors. Il reste après dissection deux brides, l'une inférieure, origine de l'ouraque, l'autre située en haut et à droite, qui représente le cordon de la veine ombilicale. Ces deux brides sont sectionnées, et, le péritoine étant complètement incisé, la petite tumeur mobile est attirée au dehors avec son pédicule, lequel s'insère, non pas, comme il arrive le plus souvent, sur le bord convexe de l'intestin, mais en un point très voisin du bord mésentérique, et sur la face gauche de l'intestin. Le diverticule est long de 5 centimètres environ. Il a une forme effilée ; sa partie la plus large est attenante à l'intestin, la plus étroite à l'ombilic. Le diverticule est lié à sa base avec un catgut et réséqué; le moignon est enfoui dans la paroi intestinale par

trois points de suture à la soie. Le péritoine est fermé par deux points de suture au crin de Florence, comprenant toute l'épaisseur de la paroi ; la suture est complétée par deux points superficiels ; le pansement est fait à la gaze au salol.

Les suites opératoires ont été tout à fait simples, à part une légère élévation de la température qui est montée à 38 degrés le soir de l'opération ; l'enfant n'a présenté aucune réaction péritonéale. Les fils ont été enlevés au dixième jour, et l'enfant, complètement guéri, quittait l'hôpital le 22 mai, quinze jours après l'opération.

Je n'insisterai pas ici sur le traitement des fistules diverticulaires de l'ombilic par la laparotomie et l'excision du diverticule à son insertion sur l'intestin. C'est la seule intervention qui soit en rapport avec les données de la chirurgie moderne, la seule qui nous permette de faire une opération complète et en pleine lumière. Elle a déjà donné un nombre de guérisons très notable, et elle en fournira un grand nombre dans l'avenir, pourvu que l'on intervienne à temps. Elle seule permet d'éviter les complications redoutables, comme l'invagination et l'étranglement de l'intestin à travers la fistule diverticulaire, qui amènent trop souvent la mort des malades. Je ferai seulement deux remarques à propos de l'acte opératoire ; la première, c'est celle qui a trait à l'enfouissement du moignon diverticulaire dans l'épaisseur de la paroi intestinale ; j'ai commencé par le tenter au moyen d'une suture en surjet ; mais le moignon arrondi glissait en avant de la suture et n'était point recouvert ; aussi ai-je abandonné ce mode de suture, enlevé les points déjà mis en place, et fixé le moignon par trois points de suture isolés au fil de soie. La seconde remarque a trait à la fermeture de la paroi ; vu l'épaisseur considérable de la paroi abdominale et l'étroitesse de la plaie, j'ai éprouvé de la difficulté à faire basculer l'aiguille de Reverdin courbe dont je me servais, de façon à embrocher le péritoine sans léser l'intestin. J'eusse évité cette difficulté en faisant une suture à plusieurs étages ; mais en agissant comme je l'ai fait, j'obéissais à une préoccupation qui me guide toujours quand j'opère chez de très jeunes enfants, celle d'aller le plus vite possible.

Quant à l'aspect macroscopique de la tumeur enlevée, il était exactement celui de la tumeur du même ordre qui vous a été présentée autrefois par M. Broca, et dont j'ai donné la figure dans mon livre sur les maladies chirurgicales d'origine congénitale : un petit champignon avec une collerette de peau à sa base, et un pédicule qui n'est autre que le diverticule lui-même. Les coupes qui ont été faites par mon chef de laboratoire, M. le D[r] Bize, nous ont permis d'étudier la structure histologique de la petite tumeur.

Il était en effet un point que nous tenions à vérifier, c'est celui qui concerne la nature des glandes contenues dans la portion herniée de la muqueuse. Lexer (de Leipzig) a publié dans les Archives de Langenbeck un fait qu'il a pu étudier, et il intitule son observation : muqueuse de l'estomac (Magenschleimhaut) dans la persistance du canal vitellin.

L'auteur rappelle d'abord le fait de Tillmanns dans lequel l'examen chimique démontra que le liquide sécrété par la fistule diverticulaire réagissait à la façon du suc gastrique ; Tillmanns en conclut qu'il s'agit là d'un diverticule de l'estomac qui a cessé d'être en communication avec l'intérieur de cet organe ; à propos d'un fait qui lui est personnel, M. Roser adopta l'interprétation de Tillmanns.

De son côté, Siegenbeck Van Heukelom examina un certain nombre d'embryons, et, sur un fœtus presque à terme, il rencontra un diverticule de Meckel long de 5 centimètres, inséré au point habituel sur l'intestin, et divisé en deux parties par un resserrement. Chacune de ces deux parties possédait un épithélium différent ; celle qui était en communication avec l'intestin avait un épithélium intestinal ; l'autre possédait un épithélium semblable à celui de la région pylorique ; aussi l'auteur lui donne-t-il le nom de muqueuse pseudo-pylorique. Quant à l'explication de la différence entre ces deux épithéliums, voici celle que donne Siegenbeck : la nature de l'épithélium dépendrait du contact avec la bile ; la portion profonde du diverticule, celle qui reste en communication avec l'intestin, aurait des glandes en tube semblables aux glandes de Lieberkühn ; la partie extérieure, celle qui n'est pas en communication avec la cavité intestinale, aurait, au contraire, des glandes ramifiées, plus ou moins identiques à celles de la région pylorique.

Le fait étudié par Lexer lui paraît tout à fait favorable à la théorie de Siegenbeck ; lui aussi, il a trouvé dans la partie du diverticule attenant à l'intestin des glandes de Lieberkühn, tandis que, dans la partie extérieure, il a constaté des glandes ramifiées. Il conclut donc que, contrairement à l'opinion de Tillmanns, il ne s'agit pas, en pareil cas, de diverticules de l'estomac, mais bien du diverticule omphalo-mésentérique.

Les recherches que nous avons pu faire sur les coupes de la tumeur enlevée par nous, coupes pratiquées par notre chef de laboratoire, le Dr Bize, nous ont donné des résultats analogues à ceux obtenus par Lexer.

La muqueuse, au niveau de l'étranglement ombilical, présente nettement les caractères de la muqueuse intestinale, épithélium cylindrique avec cellules caliciformes, villosités, glandes en tube,

follicules clos. Mais les glandes en tube se modifient rapidement. Légèrement contournées tout d'abord, ces glandes deviennent de plus en plus longues et plus abondantes à mesure qu'on se rapproche de l'orifice externe de la tumeur. Au voisinage de cet orifice, quelques-unes sont bifurquées à leur extrémité profonde. Sur la portion réfléchie de la muqueuse, les glandes prennent peu à peu l'aspect de glandes en tube ramifiées, comparables à celles de l'estomac ; enfin, au voisinage de l'angle rentrant que forme la muqueuse se continuant avec la peau de l'ombilic, les culs-de-sac se multiplient et les glandes présentent l'aspect de véritables glandes en grappe, très développées en hauteur, pénétrant profondément dans la tunique celluleuse sous-muqueuse.

L'épithélium subit des modifications parallèles ; à mesure qu'on s'éloigne de l'orifice externe, les cellules des culs-de-sac glandulaires deviennent moins nettement cylindriques ; l'épithélium est plus plat ; il en résulte que la lumière centrale des culs-de-sac glandulaires est beaucoup plus nette, quoique le diamètre de chacun des culs-de-sac glandulaires soit très inférieur à celui des glandes de Lieberkühn normales. L'épithélium qui revêt la surface de la muqueuse et des villosités est également beaucoup plus aplati ; les cellules caliciformes sont absentes.

Le derme de la muqueuse est très infiltré de cellules embryonnaires ; un réseau vasculaire abondant le parcourt ; on aperçoit immédiatement sous l'épithélium des capillaires bourrés de globules sanguins. La différence de vascularisation des muqueuses interne et externe est frappante ; c'est à cette circonstance qu'est dû l'aspect rougeâtre de la tumeur herniée.

En présence de ces résultats, vascularisation plus marquée de la portion herniée de la muqueuse, infiltration du derme de la muqueuse par des cellules embryonnaires, modifications dans la forme des cellules épithéliales et des culs-de-sac glandulaires, on peut se demander si les modifications observées sur la muqueuse, suivant qu'on examine la portion profonde ou la portion superficielle de la tumeur, ne sont pas simplement d'ordre irritatif, s'expliquant par la compression exercée sur la tumeur par l'anneau ombilical, et par les frottements subis par la muqueuse herniée.

M. F. Legueu. — De l'observation de M. Kirmisson, je veux rapprocher celle à peu près semblable que j'ai vue, il y a quelques années. Il s'agit d'un diverticule adhérent à l'ombilic, et qui détermina des accidents d'occlusion intestinale pour lesquels je dus intervenir. Il s'agissait d'un enfant de cinq ans; j'avais pensé à une appendicite et je fis une incision iliaque. Je reconnus alors une torsion de l'intestin autour du diverticule adhérent à

l'ombilic. Pour détacher celui-ci, il me fallut exciser l'ombilic par une incision médiane pour libérer le diverticule. Une fois libre, j'en pratiquai l'excision au ras de l'intestin. Le malade succomba.

Sans doute, ces faits sont différents de ceux auxquels M. Kirmisson vient de faire allusion; mais après tout ils sont rares, et c'est pourquoi j'ajoute cette observation à celles déjà connues.

M. Kirmisson. — Le fait de M. Legueu est tout différent de ceux que j'ai cités. On a vu quelquefois des accidents d'occlusion par l'attraction de l'intestin dans l'anneau ombilical, mais le mécanisme de l'occlusion est différent de celui du cas de M. Legueu. Au reste les observations analogues à celle de notre collègue sont plus fréquentes que celles que j'ai citées.

Valeur comparative des méthodes d'exploration de la perméabilité rénale et du cathétérisme de l'uretère,

par M. BAZY.

Je désire vous entretenir d'un sujet qui nous a occupé pendant quelques séances et qui, à mon avis, n'a pas été suffisamment approfondi : je veux parler de la possibilité, dans les limites actuellement permises, de connaître l'état des reins quand on doit pratiquer une intervention sur les voies urinaires.

Cet état est d'autant plus important à connaître qu'on a à intervenir plus haut sur l'arbre urinaire; je veux dire que si l'état des reins est relativement peu important quand on a à opérer sur l'urètre, il devient au contraire indispensable de le connaître quand on doit intervenir sur le rein lui-même, que ce soit par simple néphrotomie, que ce soit pour une néphrectomie. En d'autres termes, quand on a un rein à enlever, est-il possible de savoir l'état de l'autre rein? Quels sont les moyens les plus simples, les plus classiques à employer?

Je ne reviendrai pas sur les moyens que je vous ai fait connaître à l'une de nos précédentes séances, et qui permettent de reconnaître, dans les cas difficiles, si un rein est atteint ou non de pyélo-néphrite.

Ces moyens, j'en vérifie et fais vérifier tous les jours l'exactitude et la valeur chez les malades de mon service.

C'est à savoir et à connaître l'état de l'autre rein qu'il faut s'appliquer.

Les moyens que j'ai indiqués, joints à l'étude de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène et la phloridzine suffisent et sont

d'une précision remarquable, supérieure à tous les autres procédés ou méthodes.

Mais les chirurgiens qui ne craignent pas d'employer le cathétérisme de l'uretère affirment que c'est le seul moyen de faire un diagnostic précis de l'état de l'un et de l'autre rein.

Nous allons examiner la valeur de cette assertion, et la comparer à celle que nous avons émise.

Que donne le cathétérisme de l'uretère? Il permet de recueillir l'urine du rein cathétérisé, en admettant que la sonde veuille bien passer, qu'elle ne soit pas obstruée par un bouchon muqueux ou autre ou par un rétrécissement, etc., ce qui aura rendu inutile l'opération du cathétérisme.

Depuis notre dernière discussion, on a abandonné une pratique qu'on pourrait considérer comme coupable, et qui consiste à cathétériser un uretère sain à travers une vessie infectée.

Dans l'urine du rein cathétérisé, on peut voir s'il y a du pus, s'il y a du sang, des microorganismes pathogènes, et enfin on peut faire l'analyse chimique du liquide. Le pus et le sang peuvent être vus par la simple cystoscopie. Je n'insiste donc pas, — le cathétérisme urétéral n'ajoute rien.

Voyons cette analyse chimique, qui différera ou non de l'analyse de l'urine de l'autre côté.

Il est un principe admis par tous et qui résulte de l'expérience, c'est qu'une analyse d'urine n'est valable qu'à la condition de s'exercer sur l'urine des vingt-quatre heures.

On va même plus loin, et dans une discussion qui a eu lieu ici même à propos du diagnostic du cancer par l'analyse de l'urine, on a fait observer, et M. Kirmisson y a insisté avec raison, que ces analyses ne pourraient et ne peuvent être valables que si elles sont répétées plusieurs jours de suite, parce que la quantité des matériaux excrétés par l'urine peut varier avec une foule de conditions.

Or, dans le cathétérisme de l'uretère, on se borne à analyser l'urine excrétée pendant quelques heures, pendant deux ou trois heures, ou au plus pendant six ou sept heures ! C'est donc sur une minime quantité d'urine qu'on opère ; par conséquent on a de beaucoup plus grandes chances d'erreur qu'en opérant sur une quantité plus considérable. Et cette erreur va être multipliée par le rapport entre le nombre 24 et le nombre d'heures pendant lequel a été faite l'observation.

Les résultats de l'analyse varieront avec l'heure où a été recueillie l'urine, avec l'impressionnabilité du sujet ou de son rein qui pourra, plus ou moins, sécréter pendant l'observation, avec l'intensité et la nature du réflexe exercé par la présence d'un corps

étranger dans l'uretère, avec l'influence qui pourra agir sur l'autre rein, de telle sorte que toutes ces considérations infirment l'objection qui pourrait être faite, à savoir que c'est la comparaison entre les sécrétions des deux reins qui importe : car il faudrait auparavant savoir si l'urine de chacun des deux reins a une composition adéquate à un moment donné à l'état du rein correspondant, et si la présence d'un cathéter dans l'uretère et le bassinet ne peut pas modifier le mode d'excrétion.

J'ai essayé de résoudre ce problème, et j'ai, avec le concours de mon interne Deschamps, fait sur de gros chiens des expériences qui prouvent que les deux reins ne sécrètent pas la même quantité d'urine, que la sécrétion peut même être, sinon arrêtée, du moins très diminuée dans l'un des deux reins, quoique les conditions fussent en apparence les mêmes.

Il en résulte que rien ne prouve que le cathétérisme de l'uretère nous permette de recueillir une urine ayant une composition adéquate à l'état du rein cathétérisé.

Mais je vais plus loin. En admettant que l'on ait ainsi une urine telle qu'elle doit être sécrétée par les reins, pourrons-nous en tirer des conclusions fermes? Non, car le rein ne donne que ce qu'il doit donner. Si l'organisme ne donne aux reins sain et malade, par exemple, que 3, 4, 5, 6 grammes d'urée, et des quantités analogues des autres produits, on ne trouvera que ces 3, 4, 5, 6 grammes dans les deux urines, et les autres produits en proportion analogue, et alors on en conclura que les deux reins sont malades et on devra s'abstenir d'une opération curative.

Si, au contraire, pour une raison ou pour une autre, en particulier si le malade est fébricitant, on trouve dans l'urine du rein supposé sain une quantité de produits excrémentitiels supérieure à celle que devrait donner ce rein dans les conditions habituelles, on en conclura que l'excrétion urinaire, dans au moins un des deux reins, est suffisante, et on pourra être amené à faire une intervention suivie d'un désastre.

Les méthodes d'examen de la perméabilité rénale, au contraire, n'exposent pas à ces déconvenues. Pourquoi? parce qu'au lieu de traduire l'état de l'organisme, au lieu de traduire la façon dont se passent les phénomènes intimes de la nutrition, dont les produits de l'excrétion urinaire constituent une expression, l'étude de la perméabilité rénale nous montre ce que le rein est capable de faire; elle nous fait voir si le rein est capable de rejeter au dehors les déchets normaux et anormaux qui se produisent dans l'intérieur de l'organisme. Et c'est là l'important. C'est ce que j'ai traduit par le proverbe bien connu : « La façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne. »

On pourra m'objecter que tout ce que je viens de dire n'est que théorique, aussi vais-je l'appuyer sur un exemple ;

Félicie P..., femme B..., âgée de trente-neuf ans, ménagère, entre dans mon service, hôpital Beaujon, salle Huguier, n° 15, le 17 janvier 1901, envoyée par le Dr Bouisson, ancien interne des hôpitaux.

La malade a commencé à souffrir il y a un an, en janvier 1900. Elle aurait, dit-elle, eu une cystite pour laquelle elle est allée à l'hôpital Necker où on lui a fait des injections. A ce moment, elle avait de fréquents besoins d'uriner et des hématuries terminales, et ses urines contenaient du pus. C'est au mois de mars et d'avril que ses urines étaient le plus troubles, et c'est surtout à ce moment-là qu'elle est allée à l'hôpital Necker (dans le service de M. Guyon), où on lui a fait des lavages de vessie et des injections de nitrate d'argent.

Après un de ces lavages, elle a été prise d'une fièvre violente qui a duré une dizaine de jours qu'elle passa chez elle.

Au bout de quelque temps, elle retourna à l'hôpital Necker, où on lui dit qu'elle devait entrer. Elle fut mise en observation et, après quelque temps, on lui dit qu'il fallait lui faire le cathétérisme de l'uretère. — Elle l'accepta, dit-elle, avec répugnance. Il fut fait par M. Albarran.

On lui mit deux sondes dans la vessie, qu'elle garda depuis 11 heures du matin jusqu'à 6 heures du soir environ. Dès le début, *elle se mit à souffrir dans le côté droit*, et bientôt les douleurs envahirent tout le côté gauche, des flancs aux aînes. C'est ce qui faisait dire à la malade qu'on lui avait mis une sonde dans chacun des deux uretères, et nous n'avons pas pu arriver à la convaincre que de ces deux sondes, l'une était dans la vessie, l'autre dans l'uretère. Ainsi cette malade *a souffert du côté cathétérisé* et aussi *de l'autre* côté.

Le soir même elle *avait une température de 39°4* qu'elle n'avait pas eue depuis l'accès de fièvre signalé plus haut.

Cette fièvre a duré plusieurs jours et est allée en diminuant. Après examen de l'état de l'urine, on lui a dit qu'on ne pouvait pas lui enlever son rein, qu'on ne pouvait que le lui ouvrir, mais qu'il fallait le faire.

Pendant ce temps, elle allait en s'affaiblissant de plus en plus, ne mangeait plus.

Elle n'avait pas voulu accepter la néphrotomie, parce qu'elle avait vu dans le service des malades qui avaient le flanc fistuleux et qu'elle ne voulait pas être dans cette situation. — L'observation n'est que la reproduction des paroles de la malade, faite aussi fidèlement que possible.

Se sentant de plus en plus fatiguée, elle était allée voir le Dr Bouisson, ancien interne des hôpitaux, qui l'avait soignée antérieurement.

Le Dr Bouisson, qui est au courant de nos discussions sur la valeur du cathétérisme urétéral, parce qu'il est un des rares praticiens, s'occupant de médecine générale, abonné au *Bulletin de la Société de Chirurgie,* le Dr Bouisson, dis-je, me l'adressa.

Je voulus la faire entrer pour la mettre en observation. Elle ne voulut pas, parce qu'elle craignait qu'on n'eût à lui faire l'opération qu'elle avait refusée.

Enfin, à bout de forces, elle se décida à entrer.

En l'examinant, nous trouvons dans le flanc droit une tumeur qui va dans la fosse lombaire, occupe l'hypocondre, descend à un travers de doigt au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et arrive presque à la ligne médiane. Elle est immobile, assez ferme et résistante ; ce rein serait moins gros qu'au mois de novembre dernier.

La vessie vide, on sent l'uretère droit gros, régulier, mais pas très dur ; il paraît mesurer un centimètre de diamètre ; la pression du doigt au niveau de son orifice vésical détermine une sensation pénible (réflexe urétéro-vésical). L'orifice urétéro-vésical gauche est indolent. Rien dans le flanc gauche.

L'urine est très trouble, fébrile, jaune orangé. La malade a maigri considérablement depuis qu'elle est malade. Perte d'appétit absolue depuis huit mois, dégoût complet des aliments ; l'aspect est cachectique, le teint terreux.

L'analyse de l'urine totale, faite après son entrée, donne les résultats suivants, pendant qu'elle éliminait encore le bleu.

Volume	625 centimètres cubes.
Couleur	Brune verdâtre.
Aspect.	Louche.
Dépôt	Blanc grisâtre.
Odeur	Putride.
Densité.	1020.
Réaction	Acide.

	PAR LITRE	PAR 24 HEURES
Sucre	Néant.	»
Albumine.	1,20	0,75
Urobiline.	Quantité notable.	»
Urée.	19,21	12,006
Indican	Néant.	»
Acide urique	0,60	0,375
Pus	Grande quantité.	»
Sang.	Néant.	»

A l'examen microscopique, leucocytes très nombreux; pas de globules rouges ; cellules épithéliales ; urates.

Epreuve du bleu de méthylène, le 23 janvier.

	VERT	CHROMOGÈNE
1er verre	Rien.	Rien.
2e —	Rien.	Léger vert.
3e —	Vert très net.	Vert très net.
4e —	Id.	»
5e —	Vert mousse.	»
6e —	Vert bouteille.	»
7e —	Plus léger.	»
8e —	Plus foncé.	»
9e —	Id.	»

Ce vert subsiste les 24, 25, 26, 27, 28.

Epreuve de la phloridzine.

1er verre (1/2 h. après l'opération).	Rien.
2e —	Réduction très nette.
3e —	Id.
4e —	Rien.
5e —	»
6e —	»

Ainsi nous avions un léger retard dans l'apparition du bleu et dans celle de la phloridzine.

Ces constatations nous imposaient une certaine réserve au point de vue du pronostic, mais ne contre-indiquaient nullement une opération qui était la seule solution d'une situation absolument désespérée.

Aussi avons-nous proposé la néphrectomie à cette malade, qui, après beaucoup d'hésitations basées sur cette croyance qu'on ne pouvait lui faire qu'une simple néphrotomie, finit par accepter.

Je l'ai opérée le 5 février 1901 ; je copie le registre d'opérations.

5 février 1901. — Néphrectomie pour pyonéphrose suppurée. — Incision habituelle. Après être arrivé sur le triangle de J.-L. Petit, on tombe sur la capsule adipeuse du rein qui est épaissie et sclérosée. Son épaisseur est telle qu'on ne peut pas encore se rendre compte de la situation du rein. On l'incise directement dans la direction soupçonnée, laissant en avant une masse de deux à trois centimètres d'épaisseur environ que l'on pense être le tissu sous-péritonéal fibreux. Toutefois, pour se rendre compte de la nature de cette masse, on l'incise. La surface de section en est rouge brun, au point qu'on peut supposer que c'est le rein, et d'autant que la surface saigne abondamment. Mais la coloration, trop

brune pour un rein malade, fait éloigner cette hypothèse, de même que sa position trop antérieure. Alors on incise à nouveau le tissu scléreux plus en arrière et on tombe sur un rein haut situé, bosselé, d'aspect brun jaunâtre. Une ponction au niveau des bosselures molles fait couler du pus, et la constatation de l'altération profonde de l'organe fait que l'on en tente l'ablation. On fait la décortication, qui est assez facile; mais il est moins facile d'amener l'organe et surtout le pédicule, d'une part à cause du volume du rein, que l'on réduit, il est vrai, par des ponctions successives et qui se réduit de lui-même par l'éclatement des poches, d'autre part par l'absence d'élasticité et les adhérences du pédicule. Aussi place-t-on deux clamps sur lesquels on pose une ligature en X (ligature dite de meunier). La ligature porte sur une partie du bassinet. On cherche à enlever l'uretère, mais il est perdu au milieu d'un tissu scléreux si abondant et si épais qu'on y renonce. On cautérise le pédicule au thermo-cautère.

La partie supérieure du rein est transformée en cavité à paroi très mince, tapissée de magma caséux et remplie aussi de matières caséeuses. A la partie inférieure, le pus qui sortait était plus lié et beaucoup moins grumeleux.

On réexamine à nouveau la masse que l'on avait incisée au début. Elle paraît être constituée par du tissu hépatique, ce qui paraît d'autant plus remarquable qu'elle ne serait reliée au foie que par une languette assez mince. Au-dessus, l'épaisseur de tissu compris entre la loge rénale et la paroi abdominale antérieure est moins grande qu'au niveau du tissu supposé hépatique. On met un drain et une mèche de gaze, après avoir fait un surjet pour faire l'hémostase sur ce tissu supposé hépatique. Suture de la peau au crin de Florence. Pansement iodochloroformé.

Examen des pièces (M. Decloux). — Tuberculose rénale typique. Couche périphérique de dégénérescence caséeuse. Couche moyenne d'envahissement tuberculeux (cellules géantes, infiltrations leucocytaires intratubulaires). Couche externe: glomérules atrophiés et glomérules aplatis.

Dire que les suites immédiates de l'opération ont été parfaites serait exagéré. Le choc opératoire fut assez vif, comme il l'est, du reste, chez tous les cachectiques suppurants, et nous dûmes avoir recours aux injections de sérum, 500 à 1.000 grammes par jour pendant trois jours.

Le soir de l'opération, température 37°4, dépression assez considérable.

Le 6, temp. matin	. . . .	38°2	Pouls, 136
— soir	. . . .	37°6	— 120
Le 7, temp. matin	. . . .	36°8	Pouls, 108
— soir	. . . .	36°8	— 96
Le 8, temp. matin	. . . .	37°	Pouls, 88

Etc., etc.

L'urine émise dans les premières 24 heures,

Le 6.	fut de	350	centimètres cubes.
Le 7.	—	400	—
Le 8.	—	750	—
Le 9.	—	2100	—
Le 11.	—	1600	—

Etc., etc.

Mais ce qui fut le plus remarquable, ce fut la cessation des douleurs de la miction et la diminution considérable de la fréquence de ces mictions, presque, dès le premier jour, cette femme, qui urinait toutes les demi-heures, toutes les heures, n'a plus uriné que trois ou quatre fois dans la journée et quatre et cinq fois la nuit.

L'appétit est bientôt revenu ; le goût pour la viande et le pain, qu'elle avait perdu depuis huit mois, a reparu, et cette femme s'est mise à manger avec plaisir et à engraisser.

Elle est sortie le 6 mai, engraissée et en bon état, préoccupée par deux petites fistulettes qui persistent et qui lui rappellent malheureusement les orifices avec drain qui lui avaient fait refuser a néphrotomie.

Voilà un cas qui montre, passez-moi l'expression, la faillite du cathétérisme de l'uretère.

Maintenant on a soutenu que le cathétérisme de l'uretère était une opération *innocente*, *sans danger* et *indolente*.

Quand Simon proposa l'exploration du rein gauche au moyen de l'avant-bras introduit dans le rectum et le côlon, on a soutenu aussi que c'était une opération sans danger ; cependant, je ne crois pas que ceux qui ont été tentés de l'imiter aient continué longtemps. Quoi qu'il en soit, on n'en parle plus.

Vous avez vu que notre malade a eu le soir du cathétérisme urétéral une température de 39°4. Si la fièvre doit être considérée comme n'étant pas une complication, si nous devons rayer cet accident du chapitre des complications, je veux bien concéder qu'il n'y a pas de danger. Tant qu'on considérera *la fièvre* comme une complication, je considérerai comme dangereux le cathétérisme urétéral.

Et ce danger, je l'ai retrouvé chez deux autres malades qui ont eu de la fièvre ; comme cette malade, ils ont *souffert*, eux aussi, à tel point que l'un des deux malades, qui est une femme et qui avait subi trois opérations, une laparotomie, une opération vaginale et une néphrotomie exploratrice, disait qu'elle aimerait

autant recommencer une de ces opérations que le cathétérisme de l'uretère.

Vous voyez donc que quand je comparais le cathétérisme de l'uretère à la laparotomie exploratrice, je n'exagérais pas.

Donc le cathétérisme de l'uretère peut être une opération *très pénible* et *dangereuse.*

Il est dangereux par les accidents infectieux qu'il peut déterminer; j'ai cité la fièvre.

M. Legueu a cité un cas personnel d'infection d'une hydronéphrose par le cathétérisme urétéral.

Il est dangereux d'une autre façon : en faisant enlever un organe à peu près sain, comme celui que vous a présenté M. Albarran en octobre dernier, et dans lequel la tuberculose était peut-être en voie de régression. En tout cas, les lésions y étaient si peu marquées et l'état général si bon, qu'on pouvait admettre la probabilité de la guérison.

Nous savons tous que la tuberculose est curable spontanément, surtout chez les enfants et les adolescents, et il n'y a aucune raison pour que la tuberculose rénale ne guérisse pas comme les autres.

Enfin, je viens de vous montrer un troisième danger, celui d'empêcher d'enlever un organe nuisible; c'est le cas de la malade dont je viens de vous lire l'observation.

Aussi, pour me résumer, je dirai que le cathétérisme urétéral, bien loin de donner les *résultats précis* qu'on dit en obtenir, n'est qu'un trompe-l'œil. L'intervention de l'analyse chimique séparée des deux reins lui donne une apparence scientifique qui n'est qu'illusoire.

Son allure opératoire peut séduire certains esprits disposés à voir un progrès dans toute nouveauté exigeant un appareil instrumental, mais il ne résiste pas à un examen sérieux.

On fatigue, on fait souffrir, on rend malades ceux qui croient, dans leur ignorance, devoir accepter cette opération et on ne leur donne en compensation que des résultats inférieurs à ceux qu'on obtient par des moyens beaucoup plus simples, non douloureux, non dangereux et infiniment plus précis.

Présentations de malades.

Rupture du moyen adducteur de la cuisse gauche traitée par l'excision de la partie globuleuse du muscle.

M. MIGNON. — M. Delorme vous a présenté récemment un cavalier guéri d'une rupture du moyen adducteur par un procédé spécial de réfection des insertions du muscle. Vous avez constaté l'excellent résultat du procédé.

Voici un autre cavalier qui a été également atteint dans les conditions ordinaires d'une rupture du moyen adducteur de la cuisse gauche.

Je l'ai opéré le 1er juillet dernier, à cause des vives douleurs déterminées par la lésion.

J'ai voulu employer le procédé de M. Delorme, que je trouve très rationnel; mais j'ai eu beau libérer la masse musculaire et l'attirer en bas pour ramener l'extrémité inférieure de ses fibres vers leurs attaches fémorales, je n'ai pu obtenir aucun allongement de la tumeur. Elle restait inextensible; ce que j'ai attribué à de nombreuses petites cicatrices visibles sur la masse charnue et résultant probablement de la différence de niveau de la rupture des fibres musculaires.

Je me suis alors décidé à faire l'excision longitudinale et totale de la partie supérieure du muscle jusqu'à ses insertions pubiennes, procédé que j'avais déjà appliqué une fois et qui avait bien réussi.

L'opération a été des plus simples. Je l'ai terminée en faisant, comme j'ai pu, un rapprochement des lèvres de la tranche musculaire et en suturant séparément l'aponévrose d'enveloppe du membre et les téguments.

J'ai immobilisé pendant vingt jours le membre inférieur dans une gouttière, afin que quelques mouvements d'abduction de la cuisse ne fassent pas céder les sutures.

Vous voyez aujourd'hui le résultat. Il est aussi bon qu'on peut le désirer.

L'opéré ne souffre pas et marche sans fatigue.

Dans la position de repos, on ne constate aucune déformation du membre; et on ne soupçonne pas la perte d'une partie du moyen adducteur.

Dans le rapprochement des cuisses, on ne voit ni méplat, ni tuméfaction.

De la lésion antérieure, il ne reste que la cicatrice.

M. Delorme. — En examinant l'opéré de M. Mignon, je trouve son incision trop petite; elle a 8 centimètres environ. Pour mettre bien à découvert et la masse musculaire globuleuse dont le centre doit être, à coup de ciseaux, débarrassé d'un tissu fibreux qui s'y fixe à la façon du chevelu d'un poireau, et les fibres tendineuses irrégulières qui correspondent aux insertions anciennes inférieures et à la transformation fibreuse du segment musculaire inférieur, il faut pratiquer une incision partant de la racine de la cuisse et arrivant à sa partie moyenne ou la dépassant. Je ne saurais dire que c'est pour avoir été trop parcimonieux que mon collègue n'a pas réussi, mais certainement cette incision trop peu étendue, qui n'a pas facilité les débridements nécessaires, n'a pu que compromettre son résultat en ne lui permettant pas de l'assurer par le procédé décrit.

M. Mignon. — J'ai bien compris qu'il me manquait quelques données pour abaisser le muscle.

M. Kirmisson. — Je ne vois pas comment une incision plus longue aurait permis de mieux abaisser le muscle.

M. Mignon. — Il y avait dans le muscle rompu plusieurs étages de tissus cicatriciels.

M. Delorme. — La masse globuleuse du segment supérieur du muscle renferme une gangue fibreuse unie étroitement aux tissus voisins. Si on ne la dégage pas complètement, on ne peut attirer et déplisser le muscle.

Kyste hydatique du foie.

M. Faure présente un malade porteur d'un *kyste hydatique du foie*, traité par la méthode de M. Delbet. — M. Delbet, rapporteur.

Présentation de pièce.

Appendicite et salpingo-ovarite combinées.

M. Potherat. — Je vous présente, Messieurs, un appendice accompagné d'une trompe et d'un ovaire appartenant au côté droit. Ces pièces ont été enlevées il y a quelques jours, par moi, chez une jeune fille de vingt-quatre ans qui était entrée dans mon service le 17 juillet dernier.

L'appendice épaissi, surtout à son extrémité libre, ce qui lui donne une forme en massue, était fixé dans un magma d'adhérences inflammatoires réunissant des anses grêles, le cæcum, le côlon iliaque, la trompe et l'ovaire du côté droit; et ce ne fut pas sans peine que je pus dissocier et séparer les uns des autres tous ces organes.

Le fait d'une lésion simultanée de l'appendice et des annexes droits de l'utérus n'a rien d'extraordinaire. Beaucoup d'entre nous en ont observé des exemples, qu'il s'agisse d'ovaro-salpingites, de tumeurs ovariennes, ou même de fibromes utérins, et à plusieurs reprises le fait a été signalé, soit dans des publications, soit ici même à la Société de Chirurgie. Personnellement, j'ai observé un certain nombre de cas de cette lésion. Aussi le fait actuel n'aurait-il qu'un médiocre intérêt, s'il n'était accompagné de circonstances spéciales qui le mettent en valeur.

En effet, on s'est bien souvent demandé, en présence de la lésion présente, où avait été le point de départ de l'inflammation, et qui était le premier en cause, de l'appendice ou des organes annexiels? Et, dans le plus grand nombre des cas, la réponse n'a pu être formulée nettement. Or, dans mon cas actuel, il me paraît hors de doute que l'appendice est l'organe primitivement malade, la trompe et l'ovaire n'ont été que secondairement envahis.

Et voici pourquoi : tout d'abord la malade a présenté des attaques ressemblant absolument à l'attaque d'appendicite : tout à coup, en bonne santé, douleurs violentes *à droite*, ballonnement; vomissements; parésie intestinale, parésie et dysurie vésicales; attaques répétées, s'accompagnant d'une poussée fébrile peu intense et durant peu. Ces phénomènes, il est vrai, peuvent s'observer dans les poussées inflammatoires de la trompe et de l'ovaire. Sans doute, mais je ferai observer que, dans le cas présent, nous avions affaire à une jeune fille vierge, n'ayant donc subi aucune contamination, ne présentant ni antérieurement ni actuellement aucune atteinte de métrite, n'ayant, en outre, rien

dans ses antécédents personnels ou héréditaires qui pût faire naître l'idée d'une lésion constitutionnelle ou diathésique, chez laquelle, enfin, la menstruation se faisait régulièrement et sans trouble.

Mais il y a plus, et l'examen des lésions fut nettement démonstratif. L'appendice, en effet, coupant en X le détroit supérieur du bassin, l'uretère, les vaisseaux iliaques et utéro-ovariens, mais *librement* dans tout ce parcours, descendait verticalement dans l'excavation, et c'est très bas dans cette excavation, derrière l'utérus, dans le Douglas, que s'était constitué le magma inflammatoire que j'ai signalé plus haut. Les annexes, peu développées d'ailleurs, à leur place, n'avaient pu aller chercher l'appendice pour l'amener à eux ; c'était lui-même qui, en position pelvienne, frappé d'inflammation, les avait secondairement intéressés. Enfin, tandis que l'appendice est profondément altéré, la trompe et l'ovaire n'ont que des lésions d'importance tout à fait secondaire ; l'ovaire est scléro-kystique, la trompe est un peu épaissie, mais elle a gardé son pavillon presque intact, et si ces organes n'avaient été si intimement compris dans le magma inflammatoire, si je n'avais dû les réséquer pour amener l'appendice et libérer l'intestin, j'aurais pu, je crois, sans grand inconvénient, les laisser. C'est ce que je fis pour les annexes du côté gauche qui étaient eux-mêmes quelque peu emprisonnés et attirés vers la droite par des adhérences, dont la trompe était surgescente, mais dont l'ovaire avait son aspect normal. Je les libérai assez facilement, et je les abandonnai.

Telles sont les raisons qui me font dire et affirmer qu'ici l'organe coupable fut l'appendice. Et il doit en être bien souvent ainsi dans les cas de lésion concomitante de l'appendice et des annexes du côté droit, voire même du côté gauche.

J'ai opéré, il y a dix-huit mois, au milieu de difficultés considérables dues à l'épuisement de la malade, aux adhérences de la tumeur, une dame de trente-six ans, d'un volumineux kyste de l'ovaire gauche. Ce kyste était suppuré depuis longtemps, la suppuration entraînait depuis plusieurs mois des sueurs, des accès de fièvre, de l'hecticité, et un état grave de consomption. Or, il existait à droite, en partie fusionné avec ce kyste, une masse inflammatoire au centre de laquelle l'appendice venait se perdre au milieu d'un magma puriforme, qui rendait compte d'attaques nombreuses d'accidents gastro-intestinaux et péritonéaux, s'accompagnant de douleurs violentes et localisées à droite. Ces accidents étaient sous la dépendance d'uue appendicite à rechute, et j'ai toujours pensé que c'était ce foyer de suppuration péri-appendiculaire qui avait entraîné la suppuration du kyste de l'ovaire;

car rien, ni dans les antécédents de la malade, ni dans la nature du kyste, simple, uniloculaire, non tordu sur son pédoncule, ne pouvait expliquer la transformation purulente du contenu de la poche.

Pour terminer ce qui a trait à l'observation de la malade dont je vous présente les pièces, je dirai qu'ayant trouvé dans le foyer inflammatoire formé par les organes pelviens quelques gouttes d'une matière épaisse, crémeuse, puriforme, je fis un drainage à la Mickulicz du Douglas qui fut laissé deux jours en place. La malade va tout à fait bien et peut être considérée comme guérie.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1901

Présidence de M. RECLUS

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux derniers mois.

2°. — Une lettre de M. CHAPUT, qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Trois lettres de MM. PIERRE DELBET, LEGUEU et JALAGUIER, qui demandent chacun un congé d'un mois, pour raisons de santé.

4°. — Une lettre de M. le Dr KOKORY (d'Athènes), qui porte sa candidature au titre de membre correspondant étranger de la Société de Chirurgie.

A propos de la correspondance.

M. WALTHER présente à la Société deux radiographies envoyées par le Dr Mignon.

La première est celle d'une épaule qui avait été fortement contusionnée : la radiographie a démontré l'existence d'une fracture isolée de la tubérosité externe de l'humérus.

La seconde est celle d'uu tibia dont l'extrémité supérieure était le siège d'une tumeur intra-osseuse, communiquant avec le canal

médullaire dilaté : — il s'agissait d'un ostéo-sarcome avec poches kystiques.

Ces deux observations sont renvoyées à une commission : M. WALTHER, rapporteur.

Rapport.

Sur deux cas de chirurgie cranienne,
par M. le Dr TOUBERT, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport de M. PICQUÉ.

Messieurs, un de nos distingués confrères de l'armée, M. Toubert, professeur agrégé au Val-de-Grâce, vous a apporté, il y a déjà quelque temps, deux intéressantes observations, sur lesquelles vous m'avez prié de vous présenter un rapport. Voici le résumé de ces cas :

PREMIER CAS. — *Fracture du crâne par coup de feu avec lésions assez limitées de l'encéphale. Trépanation immédiate. Hyperthermie, glycosurie et albuminurie. Complications pulmonaires. Mort au quatrième jour.*

Le nommé L... est amené le 2 janvier 1900 au Val-de-Grâce par les soins de la police. C'est un déserteur qui a tenté de se suicider en se tirant dans la région temporale droite une balle de revolver du calibre de 7 millimètres (projectile de petit volume pesant 3 grammes, lancé par une faible charge de poudre).

La plaie est à 3 centimètres environ au-dessus du milieu de l'arcade zygomatique, irrégulièrement circulaire, d'un diamètre de 3 à 4 millimètres.

Elle ne donne issue ni à de la matière cérébrale ni à du sang liquide. Pas d'écoulement sanguin ni par l'oreille, ni par le nez, ni par la bouche.

A première vue le coma est absolu; néanmoins le brossage de la région provoque des mouvements : le malade cherche instinctivement à s'asseoir.

Les deux pupilles sont inégales : la droite est très dilatée; aucune ne réagit à la lumière. L'œil gauche est légèrement dévié en dehors. Les paupières retombent sur les globes oculaires. La commissure labiale gauche est légèrement abaissée. Le pouls est à 60, sans intermittences. La respiration est irrégulière. Pas de vomissements.

L'intervention est pratiquée sous le chloroforme par M. Toubert, assisté de MM. Nimier et Sieur.

Incision verticale de 5 centimètres dont le milieu correspond à l'orifice cutané. L'orifice osseux est à 1 centimètre au-dessous et un peu en avant, circulaire à bords nets et comme taillé à l'emporte-pièce.

La rondelle détachée par le projectile est au fond du trou, sa table externe en contact intime avec la face interne du crâne. Abrasion du bord supérieur de la brèche, mobilisation et extraction de cette rondelle. Il sort alors du crâne un peu de sang noir, non mélangé à de la substance cérébrale. La balle ne se trouve pas au voisinage du tissu osseux. Pas d'exploration intra-cérébrale. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le malade succombe le troisième jour, avec une hyperthermie considérable, et après avoir présenté un emphysème sous-cutané de la partie supérieure du thorax et de la base du cou, dû à une première balle tirée dans la région cardiaque.

L'autopsie, pratiquée soixante heures après la mort, a révélé les particularités suivantes. L'orifice osseux répond à la grande aile du sphénoïde au-dessus et en arrière du ptérion, tangent par son bord postérieur à la suture sphéno-temporale, distant de 1 centimètre de la branche antérieure de l'artère méningée moyenne.

Il n'existe aucun épanchement sous-méningé : pas de méningite.

L'extrémité antérieure du lobe temporo-occipital droit présente dans la partie en contact avec l'orifice osseux, c'est-à-dire presque à la limite de ses faces externe et inférieure, une zone de contusion cérébrale large comme la pulpe du pouce, se continuant par un trajet en canal, très proche de la surface des circonvolutions

A la partie moyenne de la bandelette optique droite, ce trajet n'est plus qu'une gouttière qui se dirige obliquement en dedans et en arrière, abrasant la bandelette optique droite et la partie correspondante du pédoncule cérébral droit, et coupant les nerfs moteurs de l'œil droit. Le pédoncule gauche a été simplement frôlé, et la balle s'est fixée au contact de la bandelette optique gauche sans la sectionner. La balle, à peine déformée à sa pointe, est cachée entre le cerveau et les méninges qu'elle soulève.

Le poumon gauche présente des lésions très étendues.

Messieurs, cette observation est intéressante à divers points de vue.

Au point de vue anatomique, ce cas confirme ce fait bien connu et sur lequel insiste avec raison notre confrère : c'est que les frac-

tures en trou, à bord net, sans irradiation : les « Lochbrücke » des Allemands, ne sont possibles, après les coups de feu à bout portant, que pour les balles de petit calibre et les très faibles charges de poudre.

Il est de plus intéressant de constater que le projectile a pu cheminer près du sinus caverneux (il n'en était séparé que par la méninge) sans l'intéresser, et respecter également la lame vitrée formant la paroi supérieure du sinus sphénoïdal.

Au point de vue de la physiologie pathologique, plusieurs faits ont été judicieusement relevés par notre confrère.

Le syndrome regardé comme caractéristique de la compression par un épanchement sanguin existait dans ce cas en dehors de toute collection hématique et était vraisemblablement dû à la contusion ou à la commotion cérébrale ou bulbaire.

La respiration bruyante, stertoreuse, avec des intermittences d'apnée, le pouls ralenti avaient été notés avant l'intervention et reconnaissaient pour cause la contusion cérébrale.

La mydriase droite s'expliquait par la lésion de l'oculo-moteur du côté droit, l'immobilité des deux pupilles par la destruction de la bandelette optique droite, et la contusion de la gauche expliquait la suppression de la sensibilité des deux rétines.

Notre confrère, étudiant la cause de l'hyperthermie chez son malade, croit devoir l'attribuer à l'excitation du centre thermogène encéphalique, en s'appuyant sur les études de Battle, et de Guyon dans sa thèse de Paris 1893-1894.

Nous ne pouvons suivre notre confrère dans les développements qu'il nous donne à cet égard; nous nous contenterons de faire remarquer que l'absence de réaction méningée n'est certainement pas suffisante pour faire rejeter l'infection, et qu'il est regrettable qu'un examen bactériologique n'ait pas été fait du liquide céphalo-rachidien.

M. Toubert entre également dans des considérations intéressantes au sujet de la présence de l'albuminurie et de la glycosurie et pense qu'il faut l'attribuer, conformément aux données de la physiologie, au passage de la balle près du plancher du quatrième ventricule.

De même, il étudie avec beaucoup de soin les lésions des pédoncules dans leurs rapports avec la parésie de la face, les secousses spasmodiques du membre supérieur et la parésie légère des membres.

Enfin, il s'applique à établir que la broncho-pneumonie confirme les études de Brown-Séquard sur les lésions pulmonaires expérimentales consécutives à l'excitation du pont de Varole.

Au point de vue thérapeutique, notre confrère s'est contenté

de la désinfection de la plaie cutanée et du foyer osseux, conformément à la pratique défendue par plusieurs de nos collègues au cours d'une discussion récente. Y a-t-il réussi complètement? J'ai déjà dit plus haut qu'il était fâcheux que l'examen bactériologique n'ait pas été pratiqué à ce point de vue.

Quoi qu'il en soit, ce cas vient démontrer combien la recherche du projectile est parfois illusoire.

Si mes fonctions de juge de l'internat ne m'avaient pas éloigné de vos séances au cours de l'importante discussion qui vient d'avoir lieu sur ce sujet, je n'aurais pas manqué de me rallier à l'opinion de ceux qui proscrivent la recherche du projectile dans les cas récents en dehors de la zone qui confine à l'orifice osseux.

J'aurais rappelé le cas très intéressant que j'ai rapporté il y a quelques années au Congrès de Chirurgie et relatif à une jeune fille dans le lobe frontal de laquelle j'ai trouvé une collection purulente consécutive à une plaie pénétrante du crâne par coup de feu, qui a guéri parfaitement en conservant son projectile, dont nous n'avons pu déterminer la position, n'ayant pas alors à notre disposition l'ingénieux appareil de Contremoulins, dont plusieurs d'entre nous ont à juste titre vanté les avantages.

En résumé, Messieurs, l'observation de M. Toubert est intéressante à retenir au point de vue de la conduite à tenir dans les traumatismes de cet ordre; elle vient confirmer l'opinion émise par plusieurs d'entre vous.

L'auteur a su en outre en augmenter l'intérêt par les considérations de physiologie pathologique dans lesquelles il est entré et qui, si elles ne peuvent être admises sans réserve, nous montrent au moins chez M. Toubert un esprit judicieux et un chirurgien instruit.

SECOND CAS. — *Otite moyenne aiguë suppurée à rechutes. Complications intra-craniennes à symptômes frustes. Intervention en deux temps. Mort par phlébite dn sinus latéral et méningite suppurée de la base du cerveau.*

P..., vingt-deux ans, soldat au 130e d'infanterie, entre au Val-de-Grâce le 10 juin 1899. — Antécédents personnels : Suppuration persistante et récidivante des deux oreilles dans l'enfance, guérie spontanément depuis la puberté.

Le 8 juin, au cours d'une angine, douleurs atroces dans l'oreille gauche. La mastoïde est sensible à la pression. Le lendemain, suppuration suivie de la diminution des douleurs. Le 10, ouverture d'un abcès amygdalien amenant un soulagement rapide. Le

15, on constate que l'acuité auditive a fortement diminué et qu'il existe des bourdonnements et des sifflements presque constants. Le tympan présente une perforation en arrière du manche du marteau. Le 2 juillet, l'ouïe est presque entièrement revenue, le tympan a son aspect normal. La sensibilité de la mastoïde n'existe plus.

Rechute le 5 juillet, caractérisée par l'apparition d'une douleur vive et l'exacerbation des bourdonnements. La suppuration reparaît très abondante. Le 18 juillet, douleur fixe à siège occipital, hyperthermie (38°7), troubles vaso-moteurs (raie méningitique). Sensibilité à la pression de la région carotidienne sans phénomène local.

Le 21, céphalée frontale coïncidant avec la disparition des douleurs dans les régions occipitale et carotidienne. Température, 39°5. Aspect typhoïde.

Paracentèse du tympan ne donnant issue qu'à un peu de sang. Il se produit une amélioration apparente ; mais le 23, grand frisson accompagné d'une douleur frontale atroce. Température, 39°5.

Une intervention est alors décidée et pratiquée par M. Toubert, assisté de M. Sieur, notre distingué collègue.

Premier temps. Opération de Stacke : l'antre ne contient ni pus, ni fongosités. Le toit de la caisse et celui de l'antre ne sont pas ramollis. La petite curette ramène une esquille de la grosseur d'une lentille dont l'ablation ouvre la cavité cranienne, au-dessus de la paroi supérieure du conduit et en un point où l'os paraît sain. L'exploration de la dure-mère ne révèle rien d'anormal. M. Toubert termine là son intervention. Le lendemain, la température est descendue à 37°9.

Dès le lendemain, nouveau frisson. Agitation et délire bientôt suivis d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Carphologie et dyspnée.

Deuxième temps. Intervention avec l'assistance de MM. Mignon et Sieur. Débridement en arrière de l'incision curviligne rétro-auriculaire. Dénudation de la mastoïde. Abrasion de l'os et mise à nu du sinus à 1 centimètre en arrière de l'antre.

Le sinus est incisé ; il ne contient pas de pus ; la curette cependant ramène des débris d'aspect fibrineux, blanchâtres. Ponction négative de la dure-mère cérébelleuse. Tamponnement du sinus. Ligature de la veine jugulaire au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Ponction et lavage du segment supérieur avec le sérum artificiel.

Le malade succombe dans la soirée.

L'autopsie est pratiquée trente-six heures après la mort (Résumé).

Il existe une nappe purulente occupant la majeure partie de la face inférieure du cerveau. Elle s'étend en longueur du chiasma des nerfs optiques à la moelle, le long de laquelle elle se prolonge. En largeur, elle s'étend presque symétriquement sur 1 centimètre et demi de part et d'autre de la ligne médiane, s'arrêtant à la naissance de la scissure de Sylvius à gauche, gagnant à 1 centimètre au delà à droite.

Cette nappe présente son maximum d'épaisseur au niveau du 4e ventricule : elle est formée de pus verdâtre, d'aspect phlegmoneux, assez fluide. L'examen bactériologique y décèle la présence du streptocoque.

Quelques plaques blanchâtres sur la face externe du lobe droit.

Les divers sinus sont libres de tout caillot.

Les ventricules sont gorgés de liquide louche ; il n'existe aucun abcès cérébral.

Aucune trace de phlébite dans la jugulaire.

En résumé, l'autopsie permet de constater l'existence d'une méningite suppurée de la base avec phlébite du sinus latéral gauche, lésion consécutive à une otite moyenne aiguë.

Cette observation est intéressante à divers points de vue :

1° D'abord, au point de vue étiologique, il est important de signaler une récidive survenant dix-sept jours après une otite qu'on était en droit de considérer comme guérie.

Il en résulte qu'il est indispensable d'exercer une surveillance prolongée sur les sujets convalescents ; la persistance des bourdonnements est un signe dont il faut tenir compte.

2° Au point de vue de la pathogénie, il est intéressant de constater que l'infection s'est faite dans ce cas par l'intermédiaire du tissu osseux, puisque l'ablation d'une esquille avait ouvert la cavité cranienne ; c'est un point sur lequel j'avais insisté dans mon premier mémoire avec Février (1).

3° Au point de vue clinique, il est utile de faire remarquer combien les lésions les plus graves peuvent évoluer avec des symptômes peu marqués.

Le malade de M. Toubert s'était, pendant un certain temps, refusé à toute intervention, tant les accidents avaient paru s'atténuer.

L'absence des signes classiques de la phlébite du sinus doit également être signalée, fait que Hausberg avait déjà noté en 1892.

Au point de vue de l'intervention, qu'avons-nous à dire?

M. Toubert pratique l'anthro-atticotomie, il ne trouve pas de

(1) Picqué et Février. Contribution à l'étude des abcès intra-craniens d'origine otique. *Annales des maladies des oreilles et du larynx*, 1892.

lésion osseuse et borne là son action. Nous avons jadis discuté cette question à la Société de Chirurgie et nous nous sommes tous ralliés à cette manière de faire.

Mais si les accidents persistent ou reparaissent, il convient d'entrer délibérément dans la cavité cranienne et, *sans attendre l'apparition des accidents locaux*, ainsi que j'y insiste dans mon rapport sur le cas de Mignon, et dans mon travail du Congrès de Chirurgie fait en collaboration avec Mauclaire, il faut dès lors marcher vers le cerveau ou le sinus latéral, ou en arrière vers le cervelet en utilisant le procédé opératoire que nous avons indiqué.

En résumé, M. Toubert a suivi dans son cas la règle de conduite établie par la Société de Chirurgie au cours de la discussion à laquelle je viens de faire allusion ; s'il n'a pas eu la bonne fortune de guérir son malade, c'est qu'il s'est trouvé en présence d'une lésion diffuse et au-dessus de nos ressources.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements à M. Toubert pour ses intéressantes observations et de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de Chirurgie.

Communications.

Coup de feu pénétrant de la cavité sous-arachnoïdienne à la partie supérieure de la région lombaire. Chute de la balle dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien où on la découvre à la radiographie. Extraction.

Par M. LOISON.

Si je me permets aujourd'hui d'appeler à mon tour votre attention sur la région lombaire de la colonne vertébrale et le cul-de-sac sous-arachnoïdien, ce n'est pas pour prendre part à la discussion d'actualité sur les injections de cocaïne extra-dure-mériennes ou intra-arachnoïdiennes.

Je désire tout simplement vous entretenir brièvement de l'*injection* (si vous voulez bien autoriser cette métaphore) d'une balle de plomb de 5 millimètres de diamètre dans l'espace sous-arachnoïdien, au moyen d'une carabine Flobert.

Le 3 juin entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, à la 2e division de blessés, dans le service de M. le médecin principal Mignon, un homme du 31e de ligne. La veille, étant à une fête de banlieue, en

contemplation devant un tir forain, il a reçu accidentellement à bout portant une balle de carabine Flobert dans le dos.

Il est envoyé à la radiographie pour que la situation de la balle soit déterminée.

Je constate un orifice d'entrée sur le côté droit de la deuxième apophyse épineuse lombaire, à un centimètre en dehors de la ligne médiane. Cet orifice, à grand axe vertical mesurant 7 à 8 millimètres de diamètre, est fermé par du sang desséché. Il n'y a pas d'orifice de sortie. Par la palpation de la région et des zones avoisinantes, je ne sens nulle part la balle.

L'examen à l'écran, pratiqué immédiatement, ne me permet pas de découvrir le projectile, ce qui arrive fréquemment avec ce mode d'exploration, et ne doit pas nous étonner et nous amener à conclure à l'absence d'un projectile logé. L'on sait fort bien en effet qu'une balle fixée au milieu de parties molles un peu épaisses et faiblement perméables aux rayons de Rœntgen, ne peut être vue sur l'écran.

Radiographie de recherche. — Je procéde immédiatement à une radiographie de recherche, après avoir collé sur la peau, au moyen de collodion, un repère en plomb placé contre le côté gauche de la deuxième apophyse épineuse lombaire, afin de ne pas masquer le projectile, s'il se trouvait dans la direction de l'orifice d'entrée. Sur la plaque développée, je vois la balle à 13 centimètres au-dessous de l'orifice d'entrée, contre le bord droit d'une ligne verticale passant par les apophyses épineuses sacrées, et entre deux horizontales menées l'une par les épines iliaques postéro-supérieures, et l'autre par les épines iliaques postéro-inférieures; elle se trouve toutefois un peu plus rapprochée de la dernière ligne que de la première.

Radiographie de localisation. — Fixant un repère en plomb sur l'épine iliaque postéro-supérieure droite, c'est-à-dire un peu au-dessus et en dehors de la balle, je fais deux nouvelles radiographies sur la même plaque, en déplaçant pour chaque pose le tube de Crookes d'une quantité déterminée à droite et à gauche du point de projection de la balle sur la paroi antérieure de l'abdomen. J'obtiens alors une seconde épreuve, sur laquelle on voit les deux ombres du projectile empiétant d'une certaine quantité l'une sur l'autre.

Connaissant la distance des deux positions d'ampoule, la distance du foyer du tube à la plaque sensible, je mesurai au compas l'intervalle existant entre les centres des images des deux projectiles, et au moyen de la formule habituelle basée sur les propriétés

des triangles semblables, je pus calculer la profondeur de la balle sous la peau de la région sacrée et l'évaluer à 2 centimètres environ.

Radiographie stéréoscopique. — Je procédai ensuite à la prise de deux vues stéréoscopiques qui auraient pu me permettre de dire si, à cette profondeur de 2 centimètres, la balle était logée dans les muscles des gouttières vertébrales, ou bien si elle se trouvait dans le canal sacré. Par suite de la faiblesse des appareils radiographiques dont je dispose, les épreuves obtenues ne furent pas suffisamment nettes pour donner au stéréoscope le relief nécessaire, et je ne pus tirer aucune conclusion de leur examen.

Le blessé ne pouvant fournir aucun renseignement précis sur la direction de l'arme au moment où il avait été frappé, je pensai, pour expliquer la situation de la balle, que le coup avait été tiré de haut en bas (ce qui concordait avec la prédominance du diamètre vertical de l'orifice d'entrée), que la balle s'était réfléchie sur une lame ou sur une apophyse vertébrale pour prendre une direction sensiblement verticale, qui lui aurait permis d'arriver vers la partie inférieure de la masse musculaire sacro-lombaire.

Guidé par ce diagnostic de probabilité, M. Mignon ouvrit la loge musculaire, l'explora dans différents sens au niveau indiqué et ne trouva rien.

Pendant l'opération, à laquelle j'assistais, je me rendis compte que, pour arriver à 2 centimètres de profondeur, en passant légèrement en dehors de la crête des apophyses épineuses sacrées, il fallait absolument pénétrer dans le canal rachidien, la loge musculaire ne présentant cette profondeur qu'à une distance de un centimètre et demi environ de la ligne médiane.

J'en conclus que la balle devait se trouver dans le canal sacré, qu'elle avait dû cheminer horizontalement entre la deuxième et la troisième vertèbre lombaire, en perforant le ligament jaune unissant les lames droites de ces vertèbres, pénétrer dans la cavité sous-arachnoïdienne, puis là s'arrêter par épuisement de sa force vive, et tomber par son propre poids dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien. Cette chute sous l'influence de la pesanteur nous rendait parfaitement compte de la situation du projectile contre la ligne médiane, à 2 centimètres de profondeur et au-dessus des épines iliaques postéro-inférieures qui correspondent à la deuxième vertèbre sacrée, point où se termine habituellement le cul-de-sac sous-arachnoïdien : cette hypothèse expliquait d'autre part la situation de la balle la pointe en haut, ainsi que la radiographie nous la montrait : tombant librement dans le canal sous-arachnoï-

dien, elle avait pivoté de façon à ce que son culot plus lourd se trouvât vers le bas.

Mais avant de proposer la trépanation du sacrum et l'ouverture du cul-de-sac sous-arachnoïdien, il fallait vérifier sur le cadavre l'hypothèse que je venais de faire.

Sur un cadavre provenant de l'asile départemental de Nanterre, qui était celui d'un homme d'une cinquantaine d'années dont la mort remontait à cinq jours, j'incisai le ligament jaune situé entre les lames droites des deuxième et troisième vertèbres lombaires, ouvris l'espace sous-arachnoïdien et introduisis dans la cavité une balle en plomb de 6 millimètres de diamètre et de 9 millimètres de long (la balle qui avait atteint le blessé devait avoir, d'après les mensurations faites sur la radiographie, 5 millimètres de diamètre et 7 millimètres de long, mais nous n'en possédions pas de pareille). Je fis ensuite une fenêtre à travers l'arc postérieur des première et deuxième vertèbres sacrées, et ouvris l'arachnoïde. Asseyant alors le cadavre sur le bord de la table, le soulevant et le laissant retomber sur ses fesses à plusieurs reprises, je vis la balle sortir par l'orifice sacré. Je renouvelai l'expérience deux fois de suite, et chaque fois la balle fit issue par l'ouverture pratiquée dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien.

En ouvrant consécutivement le canal dans toute la hauteur des régions lombaire et sacrée, je me rendis compte que la balle pouvait facilement parcourir la cavité sous-arachnoïdienne, en passant soit en arrière, soit en avant des nerfs de la queue de cheval.

L'expérience me sembla démonstrative et j'en conclus que sur le vivant, où le liquide céphalo-rachidien est plus abondant que sur un cadavre dont la mort remonte à cinq jours, le cheminement d'un projectile de 5 millimètres avait dû se faire très facilement, puisque celui de 6 millimètres avait pu passer dans notre expérience.

Le malade, souffrant et désirant être débarrassé de son projectile, fut opéré le 26 juin par M. Mignon.

Après trépanation de la partie supérieure du canal sacré, le cul-de-sac arachnoïdien fut examiné sur toute sa surface, puis palpé à travers la dure-mère, sans que l'on rencontrât la balle. La dure-mère fut alors incisée et l'on explora à plusieurs reprises la cavité sous-arachnoïdienne avec une sonde cannelée ou une pince, sans obtenir le contact de la balle.

Malgré cette déconvenue, je n'en persistai pas moins à affirmer la présence du projectile dans le canal séreux et pensai qu'il avait dû être refoulé vers le haut, par les manœuvres de palpation externe ou par les instruments introduits dans sa cavité.

Le 7 août, lorsque la plaie opératoire fut à peu près complète-

ment cicatrisée, je procédai à une nouvelle radiographie, en employant la même méthode qu'antérieurement. Je constatai que le projectile occupait toujours sensiblement le même niveau par rapport aux épines iliaques postérieures, mais qu'au lieu de se trouver à peu près sur la ligne médiane, il était reporté un peu à gauche, que son grand axe, de vertical, était devenu transversal; en outre, le calcul m'indiqua cette fois qu'il se trouvait à une profondeur d'un peu plus de 3 centimètres. Ces résultats démontraient que la balle était restée libre et qu'elle se déplaçait facilement, et d'autre part sa plus grande profondeur s'expliquait par sa nouvelle situation probablement dans la partie antéro-latérale du sac sous-arachnoïdien.

Je n'osais toutefois reparler d'intervention, car je n'aurais plus trouvé beaucoup de crédit auprès du malade, et guère plus, je le crains, auprès de son chirurgien. Il me fallait un fait nouveau pour pouvoir reprendre la question.

Je proposai alors à M. Mignon d'en appeler, dans la circonstance, à la haute compétence radiographique de M. Contremoulins. J'allai le trouver, à son retour de vacances, et lui demandai de vouloir bien repérer cette balle, objet de mes soucis, au moyen de sa méthode dont vous connaissez tous la grande précision. Il acquiesça à ma demande avec une grande amabilité, dont je ne saurais trop le remercier, et procéda aux opérations nécessaires le 21 septembre. Il repéra la situation du projectile qui, entre parenthèses, était revenu à la position verticale, par rapport à trois points fixes pris sur les deux épines iliaques postéro-supérieures et la pointe du sacrum.

Ne voulant pas vous indiquer toute la série des opérations effectuées, je me contenterai de vous dire que l'application sur le malade du *compas opératoire*, une fois réglé, indiquait que la balle se trouvait sensiblement au niveau du point où je l'avais localisée et à 3 centimètres de profondeur, en ligne verticale.

Le blessé, qui assista à toute la série des recherches, fut frappé par leur extrême précision. M. Mignon fut également séduit par l'idée de pouvoir à chaque instant, dans le cours de l'intervention, repérer sa route, en se guidant sur les indications fournies par la tige du compas d'opération.

Patient et chirurgien, qui étaient la veille réfractaires à toute nouvelle tentative d'extraction, se laissèrent convertir facilement et une nouvelle intervention fut décidée pour le 23 septembre.

L'acte opératoire fut mené comme la fois précédente. Le cul-de-sac sous-arachnoïdien ouvert, on ne trouva pas tout d'abord la balle. Ce n'est qu'en explorant méthodiquement la cavité avec une petite curette que l'on put finalement ramener le projectile, qui était

placé dans la partie latérale droite de l'espace sous-arachnoïdien, à 6 centimètres environ au-dessus du point où il avait été repéré, ce dernier correspondant au fond du cul-de-sac sous-arachnoïdien, d'après les recherches de M. Contremoulins et les miennes. Cette fois encore il avait été déplacé par les manœuvres opératoires préliminaires. Malgré tout il fut enlevé, à la grande satisfaction du blessé, du chirurgien et des radiographes.

C'est avec intention que dans cette note je vous parle surtout de la partie radiographique et expérimentale de la question; je laisse à M. Mignon le soin de vous rapporter l'observation clinique de son malade et de vous fournir, s'il le juge à propos, sur les opérations pratiquées, des détails plus circonstanciés. Je me suis en effet astreint à ne retenir de l'acte opératoire que les particularités utiles pour permettre de comprendre la multiplicité des examens radiographiques pratiqués, et pour tenter d'expliquer la discordance apparente des données radiographiques et des constatations anatomiques faites directement pendant l'intervention.

M. Demoulin. — Si je ne me trompe, l'observation que vient de vous lire notre collègue M. Loison a pour but de montrer la précision de la méthode imaginée par M. Contremoulins, chef du laboratoire de radiographie à l'hôpital Necker, pour la recherche des projectiles introduits dans les tissus.

Jusqu'ici, cette méthode n'avait été appliquée qu'au crâne, où il est facile de trouver les points fixes nécessaires. M. Loison vient de vous prouver qu'elle a permis à M. Mignon de trouver exactement la position d'une balle dans le canal sacré.

— Jeudi dernier, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Routier, que j'avais l'honneur de suppléer, entrait un homme qui s'était tiré une balle un peu en dehors du milieu de la clavicule droite, balle dont une radiographie démontrait la présence, dans l'aisselle, vers la partie moyenne du bord axillaire de l'omoplate. Mais à quelle profondeur se trouvait-elle? C'est ce que nous ne pouvions préciser, puisque la palpation ne permettait pas de la sentir.

M. Contremoulins voulut bien s'occuper du malade, dont il mit le membre supérieur dans une position analogue à celle qu'il devait occuper pendant l'opération. Il appliqua son appareil, et détermina exactement la direction et la profondeur du projectile.

Samedi dernier, 28 septembre, nous avons procédé à l'extraction de la balle.

Un fil de cuivre large et épais moulé sur le bras et le thorax, lors du premier examen de M. Contremoulins, nous permit de

remettre le bras dans la position que nous avions donnée à M. Contremoulins, comme étant celle de l'opération. M. Contremoulins appliqua son appareil. L'aiguille de son compas nous montra le point à inciser. Nous fendîmes la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, sur une largeur de 6 à 7 centimètres, verticalement. Puis introduisant notre doigt dans la cavité de l'aisselle, nous arrivâmes, sans difficultés, jusqu'au bord axillaire de l'omoplate. Les bords antérieur et postérieur de l'incision étant écartés, M. Contremoulins plaça dans la plaie l'aiguille de son appareil, sur laquelle se trouvait un curseur montrant la profondeur à laquelle devait se trouver la balle.

Direction et profondeur étaient exactes.

Mon doigt, suivant l'aiguille, tomba sur le projectile, enclavé dans le bord externe du muscle sous-scapulaire.

Je suis heureux, messieurs, de vous rapporter ce fait qui montre toute la valeur de la méthode, bien française, de M. Contremoulins, qui, dans un moment, vous présentera ses appareils.

M. le Dr Mathieu fait une communication sur *une plaie pénétrante du rachis, par arme blanche avec écoulement de liquide céphalo-rachidien sans lésion de la moelle.*

Ce travail est renvoyé à une commission : M. Demoulin, rapporteur.

Présentation d'appareil.

Méthode de localisation des projectiles.

M. Contremoulins. — La méthode qui a été employée pour la localisation des projectiles extraits par MM. Mignon et Loison d'une part et par M. Demoulin d'autre part, est la même que celle que j'ai créée pour la localisation des projectiles dans la tête ; elle est applicable, en effet, à la localisation et à la mensuration de tous les corps et de tous les organes donnant une image radiographique nette.

Son principe essentiel consiste dans l'obtention de deux images d'un même objet, prises dans des incidences quelconques connues, et dans la reconstitution de cet objet dans l'espace par les intersections de fils représentant les directions des rayons X ayant formé les parties caractéristiques des images.

Toutes les parties du squelette, les corps étrangers, les organes

à contours visibles, les tumeurs, abcès, cavernes pulmonaires, et, en général, toutes les parties de l'organisme radiographiables, peuvent être localisées et mensurées à l'aide de cette méthode et de l'appareil créé pour l'appliquer.

Ce n'est donc pas d'une technique spéciale à un seul cas qu'il s'agit, mais de l'application à un cas particulier d'une méthode générale pratique, dont les résultats précis et sûrs sont la moralité.

Comme exemple de la multiplicité des applications diverses possibles avec cette méthode, je vous présente la mensuration exacte d'un détroit supérieur de bassin relevée sur un compas dénommé en ce cas conformateur pelvimétrique.

De même que la localisation précise d'un projectile est fournie rapidement, et avec la plus grande exactitude, par les données des deux images radiographiques obtenues sous deux incidences obliques connues, de même les données de deux images radiographiques d'un bassin, prises dans les conditions susdites, fournissent la mensuration complète du détroit supérieur de ce bassin, quelle que soit sa conformation, normale ou non, et quelle que soit la position du sujet radiographié.

On remarquera, incidemment, qu'aucune autre méthode n'arrive au même résultat *dans tous les cas* parmi celles qui ont été proposées pour cette mensuration particulière et tout à fait d'actualité.

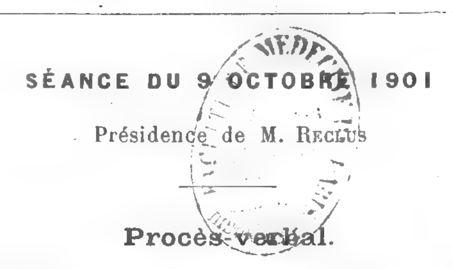
Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1901

Présidence de M. Reclus



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. Beurnier qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. Picqué qui demande un congé d'un mois.

4° — Une lettre de M. le Dr Giss (de Thionville) qui, à propos de la récente communication de M. le Dr Mathieu sur *un cas de plaie rachidienne*, proteste contre la publication par un tiers d'un fait qui lui est personnel.

A propos de la correspondance.

M. Nélaton dépose sur le bureau deux observations de M. le Dr Courteaud, médecin principal de la marine, intitulées : 1° *Luxation du grand os;* 2° *Écrasement du calcanéum.* — M. Nélaton rapporteur.

Rapports.

Fracture ouverte du crâne avec enfoncement. Hémiplégie. Trépanation. Guérison. Epilepsie post-opératoire, deuxième intervention. Guérison complète, par le Dr L. Frogé, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Brieuc.

Rapport par M. ROCHARD.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une observation qui vous a été apportée par le Dr Frogé, de Saint-

Brieuc, et qui a trait à une fracture du crâne avec enfoncement. Voici le résumé de cette observation.

Mathurin B..., journalier, entre à l'hôpital de Saint-Brieuc le 30 janvier 1896. Il y a un mois, il a reçu dans une rixe un coup de pelle sur la tête. Il n'y a pas eu de perte de connaissance, mais au bout d'une dizaine de jours est survenue une paralysie complète des membres du côté gauche.

A son entrée à l'hôpital, on constate une plaie en pleine suppuration située à la partie supérieure du pariétal droit, intéressant toute l'épaisseur du cuir chevelu et ayant une étendue de 4 centimètres environ. L'exploration au stylet permet de reconnaître une dénudation osseuse et un trait de fracture qui laisse pénétrer le stylet.

La paralysie du bras et de la jambe du côté gauche est absolue et il existe aussi un peu de paralysie faciale du même côté. L'intelligence est nette, l'état général est bon ; il n'y a pas de température. Il faut noter en passant que cet homme a été autrefois amputé de l'avant-bras droit à la suite d'un accident de machine à battre.

Opération. — Le 3 février 1896, après anesthésie avec le chloroforme, une incision est faite perpendiculairement à la plaie et donne quatre petits lambeaux qui sont détachés à la rugine. Deux couronnes de trépan sont appliquées et permettent d'examiner la dure-mère, qui est déchirée ; et à travers la substance cérébrale, à une profondeur de 2 centimètres environ, on constate la présence d'une esquille osseuse qui est extraite avec une pince. Cette esquille provenant de la table interne a 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large ; elle n'est pas seule, et successivement trois autres petits débris osseux sont enlevés. Après nettoyage exact et minutieux de la profondeur de la plaie, les lèvres en sont réunies par des sutures au crin de Florence et un petit drain laissé à son angle inférieur.

Suites excellentes. Le troisième jour après l'opération, la paralysie de la jambe gauche disparaît, et le malade peut faire quelques pas. Mais ce n'est que dans la nuit du septième au huitième jour après l'opération que le bras commence à reprendre ses mouvements. Le malade sort de l'hôpital au bout de deux mois complètement guéri.

Au bout de quelque temps survinrent des crises d'épilepsie qui, à partir de ce moment, se répétèrent environ tous les mois, et, en février 1898, le malade, désolé, vint réclamer de M. Frogé une nouvelle intervention.

Le 11 février 1898, c'est-à-dire deux ans après la trépanation,

notre confrère de Saint-Brieuc opéra une deuxième fois ce malade. Il incisa la dure-mère, explora de nouveau la substance cérébrale pour voir s'il ne restait pas une parcelle osseuse qui avait pu lui échapper; mais ses recherches furent négatives. Il referma donc la plaie et la cicatrisation se fit sans encombres.

Après cette deuxième opération, le 13 février, l'opéré eut cinq crises d'épilepsie, une autre le 6 mai, puis elles s'espacèrent ; il y eut encore une attaque d'épilepsie le 10 août, une autre le 11 septembre 1898. Ce fut la dernière; depuis cette époque, la guérison a été complète. M. Frogé a revu dernièrement son opéré, qui va très bien, sauf un peu de diminution de force dans le bras gauche.

L'intervention de M. Frogé est particulièrement intéressante, car elle a fait cesser des accidents et en a provoqué d'autres. Je m'explique : la trépanation du crâne a, en effet, guéri l'hémiplégie dont était atteint le malade ; mais de plus, elle a pu être la cause des crises épileptiques ; c'est un point sur lequel j'aurai à revenir tout à l'heure.

Mais tout d'abord examinons la conduite du Dr Frogé. Placé en face d'un malade présentant des troubles moteurs bien nets, il devait se demander s'il y avait enfoncement du crâne. L'exploration directe ne lui en donnait pas la preuve. La voûte du crâne était en effet conservée dans sa forme et la compression cérébrale ne pouvait s'expliquer que par une fracture de la table interne.

En tout cas, il y avait de la suppuration de la plaie, un trait de fracture reconnue au stylet, et l'indication du trépan était nettement posée.

L'intervention a été heureusement conduite, les esquilles ont été retirées, et, quelques jours après, la paralysie du bras et de la jambe avait complètement cessé. C'est là un beau succès et nous n'avons qu'à en féliciter M. Frogé.

Mais voilà que quelque temps après surviennent des attaques d'épilepsie, et si terribles que le malade vient réclamer une opération. Comment expliquer ces crises convulsives ? La première idée qui devait se présenter à l'esprit du chirurgien était celle d'une irritation causée soit par une petite esquille oubliée dans le tissu cérébral, soit par la présence d'une cicatrice exubérante. Aussi une deuxième intervention était-elle absolument indiquée. Il a suffi, en effet, à M. Frogé d'inciser la dure-mère pour se rendre compte que la première opération n'avait rien laissé échapper, et ce second traumatisme opératoire a suffi pour faire disparaître les accidents qu'avait fait naître le premier.

C'est bien en effet sur le compte de la trépanation en tant qu'opération que je n'hésite pas à mettre les crises de *malus sacer* qui se

sont montrées. Il est aujourd'hui démontré qu'une opération de ce genre peut déterminer des crises convulsives, et l'année dernière, un de mes élèves a fait une thèse sur ce sujet, thèse dans laquelle il réunit cinq observations de trépan suivies de crises épileptiformes (1).

Il est bien entendu qu'il faut des conditions toutes spéciales pour réaliser ces accidents. Tout d'abord ils peuvent paraître chez des enfants d'épileptiques qui auraient un terrain tout préparé, des prédispositions en quelque sorte héréditaires.

Ce sont, en général, dans les observations de M. Robert, des dégénérés qui présentent ces manifestations après l'opération du trépan, mais ce peut être aussi des enfants d'alcooliques étant devenus alcooliques eux-mêmes. M. Frogé ne nous donne pas de renseignements sur ces différents points ; mais c'est probablement devant un alcoolique qu'il s'est trouvé.

Quoi qu'il en soit, ce qui est certain, c'est que l'opération n'engendre pas de toutes pièces un délire, que la trépanation n'engendre pas l'épilepsie, qu'elle ne fait qu'être la cause déterminante. On aurait pu se demander si cette opération n'empruntait pas une gravité plus particulière à son siège ; il n'en est rien, nous dit M. Robert dans sa thèse, et ce qui le prouve, c'est qu'on voit des malades devenir épileptiques après une opération quelconque. Chez le malade de M. Frogé pourtant, il semblerait que la trépanation aurait agi d'une façon spéciale, car l'amputation de l'avant-bras pratiquée quelque temps auparavant n'avait donné lieu à aucune crise épileptiforme.

Dans l'espèce, nous nous trouvons donc en présence de cette classe de maladies bizarres classées sous le nom de « psychoses opératoires » qui ont été étudiées à plusieurs reprises à cette tribune par notre ami Picqué.

Enfin, il paraîtrait, d'après l'observation de M. Frogé, qu'il ne faudrait pas hésiter dans ces cas à intervenir une seconde fois, à débrider la cicatrice, puisque cette conduite a permis à notre confrère de faire disparaître les crises d'épilepsie qui s'étaient montrées après la première opération.

En terminant, je propose d'adresser des remerciements à M. le Dr Frogé et de l'inscrire en bonne place sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de Chirurgie.

M. Broca. — M. Rochard émet comme hypothèse que l'épilepsie traumatique a été provoquée par l'opération ayant eu pour but de relever les esquilles. A mon sens, il vaut mieux admettre que cette épilepsie traumatique est le reliquat de l'attrition cérébrale dont

(1) Dr Paul Robert. *De l'épilepsie consécutive à la trépanation.* Paris, 1900.

les signes furent précisément l'indication à opérer, et, dans les cas de ce genre, je crois que la trépanation a, pour l'épilepsie ultérieure, une influence favorable — malheureusement pas toujours favorable — et non point nuisible. Quant à comparer ces crises épileptiques aux psychoses traumatiques dont nous a parlé M. Picqué il y a quelques mois, je crois que c'est insoutenable. Le malade, rendu épileptique par une cicatrice cérébrale irritante, paraît actuellement guéri ; mais nous savons tous que dans les cas de ce genre, il faut se méfier des récidives, quelquefois très lointaines.

M. Reclus. — Il y a déjà eu sur ce sujet une longue discussion à la Société de Chirurgie. J'ai trépané à Bicêtre de nombreux épileptiques provenant du service de M. Féré. J'ai vu disparaître l'épilepsie après ces interventions. — Pour combien de temps? Je n'en sais rien. — Je me souviens, entre autres, d'un trépané chez lequel, à la suite d'une fracture du crâne, existait une cicatrice osseuse, lésion presque insignifiante dont l'ablation fut suivie néanmoins de guérison. — Il semble, en effet, que c'est le traumatisme qui agit pour guérir ces malades. C'est l'opinion de Féré, qui, partant de cette idée, traitait ses épileptiques par des pointes de feu appliquées sur le cuir chevelu.

M. Tuffier. — Je n'ai jamais vu un malade atteint d'épidémie essentielle guérir définitivement à la suite de la trépanation : la guérison n'a été que temporaire, durant quelques semaines ou tout au plus quelques mois.

On a prétendu, et c'est Kocher qui a surtout défendu cette question, que ces récidives étaient dues à la compression exercée sur l'écorce cérébrale par la cicatrice de la dure-mère résultant de la trépanation. Aussi un jeune agrégé russe, qui suivait, il y a deux ans, mon service, avait-il, s'appuyant sur cette hypothèse, imaginé un procédé qui consistait, une fois la trépanation terminée, à rabattre les lambeaux de la dure-mère sur le pourtour de la brèche osseuse et à les ourler au périoste cranien, de façon à empêcher à coup sûr toute compression ultérieure du cerveau en ce point. Ce procédé que j'ai essayé, en présence de son auteur, sur un épileptique de mon service, déjà trépané plusieurs fois infructueusement, ne m'a pas donné, je dois le dire, le résultat attendu : les crises d'épilepsie se sont reproduites quelque temps après l'intervention.

L'hypothèse d'une irritation mécanique par cicatrice vicieuse ne peut donc expliquer toutes les récidives après trépanation pour épilepsie. Peut-être néanmoins peut-elle s'appliquer au cas de M. Rochard, où des crises épileptiformes survenues à la suite

d'une trépanation ont été guéries par une deuxième intervention qui a supprimé la lésion épileptogène occasionnée par la première opération.

M. Rochard. — Je n'ai pas voulu parler de la question du trépan chez les épileptiques, ce qui est une tout autre question. Il s'agit de trépanation dans les cas de fracture du crâne avec enfoncement, et je répondrai à M. Broca que voilà un malade qui a pendant vingt jours des esquilles en pleine substance cérébrale et qui ne présente pas d'attaques d'épilepsie; le chirurgien les retire et c'est plusieurs semaines après cette extraction que les accès de *malus sacer* se présentent; il est difficile de mettre les accidents seulement sur le compte de la présence des esquilles.

Du reste, je me suis fait peut-être mal comprendre, mais ce que j'ai voulu dire, c'est qu'outre le traumatisme opératoire, il fallait encore des prédispositions soit héréditaires, soit acquises, et la preuve en est que la plupart des opérations de trépanation pour fracture par enfoncement ne provoquent pas des accès d'épilepsie généralisée.

Incrustation calcaire du canal de l'urètre à la suite d'injections répétées d'eau de chaux, par M. Dupraz (de Genève).

Rapport par M. BAZY.

L'observation sur laquelle j'ai à vous faire un rapport offre, malgré la rareté et la singularité du cas, un assez grand intérêt que je tâcherai de faire ressortir.

Il s'agit d'un blennorragique âgé de trente-deux ans, maçon, atteint d'une deuxième blennorragie rebelle, et qui, ayant remarqué que des camarades, atteints de blennorragie comme lui, se faisaient des injections avec de l'eau dans laquelle il y avait une poudre blanche, en avait conclu, en qualité de maçon, que ce devait être de la chaux. Il décide de se traiter à l'eau de chaux, et se fait une première injection dans le canal. Le résultat est parfait. Les injections sont ainsi renouvelées toutes les fois qu'il survient des difficultés pour uriner, mais, après quelques mois, il faut répéter trop souvent et nuit et jour l'injection, pour triompher des difficultés de la miction.

C'est alors que le malade va trouver le Dr Dupraz, qui constate que la miction est très difficile et très douloureuse. Le jet est nul. Il apprend en outre que, lors des érections, la verge est bridée par une vraie corde.

Miction purulente peu abondante; jamais d'hématuries ni de douleurs dans la vessie (*sic*). Urine normale, à part quelques filaments.

M. Dupraz croit à un rétrécissement : il explore et ne peut passer qu'un explorateur n° 9 (filière Charrière), dont la boule frotte jusqu'à la partie la plus reculée de l'avant-canal contre des rugosités pierreuses.

Il pense qu'il s'agit d'incrustations du canal par la chaux que l'injection a laissé déposer : il essaie de les détacher, de les mobiliser avec une curette mousse et en agissant avec précaution; mais il ne peut y parvenir. Plutôt que d'avoir recours à un procédé brutal, il songe à un liquide capable de faire avec la chaux un composé soluble et n'attaquant pas le canal : il a recours à l'acide chlorhydrique en solution au millième.

Il fait treize séances d'injections du 12 octobre au 5 novembre 1898, sans que le malade en soit incommodé. Chaque lavage était précédé d'une séance de dilatation progressive à l'aide de bougies Beniqué, qui avait pour résultat de détacher mécaniquement une partie des incrustations; l'autre partie disparaissait par dissolution dans le liquide des injections, l'acide carbonique étant éliminé de la composition.

On peut se demander si le principal rôle dans cette thérapeutique n'est pas dû à l'action mécanique de la dilatation et si l'action chimique de l'acide chlorhydrique a été pour quelque chose dans la guérison; en tout cas, en pareille circonstance, je conseillerais tout d'abord le moyen mécanique, quitte à avoir recours à une action chimique, si cette thérapeutique ne suffisait pas.

L'observation offre aussi un autre intérêt : elle montre la facilité avec laquelle le canal peut s'incruster, et prouve ainsi la possibilité de la formation autochtone de calculs urétraux, qu'il s'agisse de calculs de l'urètre prostatique ou de calculs de l'avant-canal. Il suffit qu'un sable de carbonate de chaux, comme on le voit souvent dans l'urine, s'arrête dans une crypte urétrale, pour qu'elle devienne le centre et le noyau d'une concrétion qui deviendra plus tard un calcul. C'est ce qui fait une partie de l'intérêt de l'observation de M. Dupraz.

A ce sujet, je ne peux pas m'empêcher de publier une observation qui a quelques rapports avec celle-ci, non parce qu'il s'agit, comme ici, d'un Genevois, mais parce qu'il s'agit aussi de productions pierreuses venues du dehors.

Il s'agit d'un malade opéré d'une pierre dans la vessie, par M. Guyon, alors que j'avais l'honneur d'être son interne, et qui m'a permis d'en parler ici.

L'opération n'offrit aucune particularité : elle fut faite comme

sait la faire M. Guyon. Mais en examinant les débris, nous fûmes frappés de leur aspect, qui n'était pas celui des calculs secondaires, des calculs phosphatiques.

M. Guyon fit examiner les débris et il fut reconnu qu'ils étaient constitués par du sous-nitrate de bismuth presque pur. Il apprit alors que le malade, qui était un prostatique et avait de la cystite, avait reçu de son médecin le conseil de faire dans la vessie des injections au bismuth; — on vient d'en voir le résultat.

Inutile de dire qu'il n'a pas recommencé.

Un cas grave d'anthrax de la lèvre supérieure et de phlegmon de la face, traité par le sérum de Marmorek, par le Dr Dupraz (de Genève).

Rapport par M. BAZY.

M. Dupraz nous a envoyé une deuxième observation dont le titre est ci-dessus, et qui a trait à une malade âgée de soixante-douze ans, qu'il voit le 5 avril 1898, atteinte d'anthrax bénin de la lèvre supérieure, à gauche de la ligne médiane, sans phénomènes réactionnels locaux ni généraux.

Il se borne à conseiller des compresses antiseptiques et des cataplasmes de farine de graine de lin.

Le 8 avril, la fièvre s'étant allumée et la température montée à 38°5, la lèvre s'étant fortement tuméfiée, jusqu'à la commissure droite, il fait, après éthérisation, deux incisions en croix, suivies du curettage du foyer.

Après une amélioration passagère et chute de la température le soir à 38 degrés, la température remonte et va osciller entre 39°5 et 40 degrés. La tuméfaction gagne la joue, va vers l'œil et la racine du nez, et descend au menton; la bouche est sèche, les gencives fuligineuses, l'haleine fétide, l'urine albumineuse et rare. Pouls 140. Il ordonne des pommades à l'ichthyol, des lavages de la bouche à l'alcool de menthe, et des lavages de l'œil à l'eau boriquée à 3 p. 100. J'indique à dessein la médication exacte, parce que M. Dupraz va nous la donner tout à l'heure comme spécifique.

C'est dans ces conditions que, d'accord avec le Dr Massol, il décide d'employer le sérum de Marmorek.

Au moment de l'injection, le 12 avril au matin, la température est de 39°5. Cette injection est de 10 centimètres cubes; à 3 heures de l'après-midi la température est de 39. Deuxième injection de 20 centimètres cubes. A 9 heures, température 37°2. Troisième injection de 10 centimètres cubes. Nuit meilleure.

Le 13 au matin, 36°9. Quatrième injection de 10 centimètres cubes, et quoique le soir la température ne soit que de 37°2, on fait une cinquième injection de 10 centimètres cubes encore.

En tout, on donne en trente-six heures 60 centimètres cubes de sérum de Marmorek, qui fut très bien supporté.

Les phénomènes généraux diminuèrent graduellement, la fièvre et l'albumine disparurent.

Quant aux phénomènes locaux, ils s'amendèrent, mais la tuméfaction persista, et, suivant l'expression de M. Dupraz, « elle se circonscrivit peu à peu en foyers multiples, abondants surtout aux lèvres et sur la joue droite. Chacun de ces points suppura, et, au bout de quelques jours, la région formait un clapier à nombreuses ouvertures, par lesquelles passèrent le pus et les lambeaux sphacélés, et la détersion se fit. La guérison a été complète, ne laissant que de nombreuses cicatrices peu apparentes. »

Tel est le cas.

On fera tout d'abord une première remarque : c'est qu'il n'y a pas eu d'examen bactériologique. M. Dupraz admet que l'anthrax de sa malade est d'origine streptococcique. C'est un point qui aurait dû être démontré; il a donc employé ici le sérum de Marmorek d'une façon tout à fait empirique.

A-t-il été l'agent de la guérison ? Il semble qu'il en soit ainsi, si on considère la marche de la température. Mais il faut remarquer qu'au lieu de faire avorter les lésions, il les aurait simplement circonscrites et localisées, puisque toute la région tuméfiée aurait été le siège d'abcès multiples; et on peut se demander avec raison s'il n'y a pas eu une coïncidence entre l'évolution des lésions et l'injection du sérum de Marmorek, car si M. Dupraz oppose l'efficacité de ce sérum à l'inefficacité de sa médication, qu'il considère comme spécifique en pareil cas, et qui a consisté en applications d'ichthyol et en lotions boriquées, il me permettra de ne point partager son avis.

Cette observation, qui aurait pu être une contribution à l'étude du sérum de Marmorek, ne peut malheureusement pas être d'une grande utilité, puisqu'elle manque du renseignement indispensable en pareille circonstance : l'examen bactériologique ; elle prouve seulement que, dans l'espèce, le sérum n'a pas été nuisible, ce qu'on lui a, tout au moins au début, souvent reproché.

Un autre sérum, et en particulier le sérum antidiphtérique, eût peut-être agi de la même manière.

On comprendra que je ne puisse pas insister et discuter ici la valeur de ce sérum, à propos d'un cas où il n'est pas certain qu'il ait été appliqué à propos.

Pour terminer, je vous propose de déposer dans nos archives

les deux observations de M. Dupraz que j'ai résumées dans leurs parties utiles, et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste de nos correspondants étrangers.

Communication.

Coup de feu de la poitrine. Balle logée dans le poumon et repérée par la radiographie. Extraction,

par M. LOISON.

C'est encore l'histoire d'une balle que je désire brièvement vous conter ; mais je dois commencer par adresser à M. Contremoulins et à sa méthode un nouveau et juste tribut d'éloges et de remerciements.

Le nommé P..., du 3e régiment d'infanterie coloniale, entre au Val-de-Grâce, fin août 1901, dans le service de M. le médecin principal Mignon. Le 13 juillet 1900, au combat de Tien-Tsin, il a été frappé par une balle Mauser, de 7,9 millimètres de diamètre. Le projectile est entré au niveau du bord postérieur de l'extrémité externe de la clavicule droite. Le soldat raconte qu'immédiatement après sa blessure il a craché du sang pur, et qu'il a eu des crachats sanguinolents pendant un mois environ. Il ne semble pas avoir eu d'épanchement dans la plèvre.

L'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal du côté du poumon et de la plèvre ; on ne sent nulle part la balle par la palpation externe.

P... désire vivement être débarrassé du projectile qu'il porte dans la poitrine et dont la présence a été constatée par la radiographie à l'hôpital maritime de Rochefort.

Le 21 août 1901, il m'est envoyé à la radiographie. L'examen à l'écran me montre que le corps étranger se trouve relativement près de la paroi antérieure de la poitrine, qu'il répond à la deuxième côte et au deuxième espace intercostal, et qu'il a une direction oblique de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans.

Après avoir exactement repéré la balle en surface sur la paroi thoracique antérieure au moyen d'un index en plomb, je place sur la paroi postérieure un second index également en plomb, et je m'assure que les deux index et la balle se trouvent sur une même ligne droite correspondant à l'intersection de deux plans, l'un vertical, l'autre horizontal.

Je prends alors une radiographie postéro-antérieure de la poitrine, en faisant deux poses sur la même plaque et en déplaçant le foyer du tube d'une quantité connue, à droite et à gauche du repère postérieur.

Sur le cliché développé, je mesure la distance du centre des deux ombres de la balle; connaissant la distance de mes deux positions d'ampoule et la distance du foyer lumineux à la plaque, je puis facilement, au moyen d'une formule basée sur les propriétés des triangles semblables, calculer la profondeur du projectile par rapport au point marqué sur la paroi thoracique antérieure. Le calcul me donne un peu moins de trois centimètres.

J'en conclus que la balle se trouve au niveau de la deuxième côte et du deuxième espace intercostal, à 6 centimètres de la ligne médio-sternale et à 3 centimètres environ de profondeur.

En se basant sur ces données radiographiques, M. Mignon tente l'extraction de la balle à la fin du mois de septembre. Il incise les parties molles au point indiqué, résèque 2 à 3 centimètres de la deuxième côte, arrive sur la plèvre pariétale, qui semble épaissie et adhérente au poumon, ponctionne dans différents sens et à diverses profondeurs avec une fine aiguille, et ne trouve rien.

Comme la radiographie avait montré l'existence en arrière d'une fracture des 4e et 5e côtes, en dehors de leur angle, l'hypothèse est émise que la balle se trouve peut-être en arrière, et non en avant où je l'ai localisée.

J'étais absent au moment de l'opération. A mon retour, je revois le malade, le radiographie à nouveau, et arrive toujours aux mêmes résultats.

J'explique le cheminement du projectile de la façon suivante : la balle a traversé le sommet de la poitrine de haut en bas et d'avant en arrière, perforant le lobe supérieur du poumon droit, puis elle est venue briser les 4e et 5e côtes. A ce moment, sa force vive étant épuisée, elle est restée contre la face interne du thorax, d'où elle a pu ultérieurement glisser vers la paroi antérieure, en suivant le chemin qui lui était offert par la scissure supérieure du poumon. La scissure horizontale répond, en effet, sensiblement en arrière aux 4e et 5e côtes, et à la deuxième en avant.

Je crois cette explication plus plausible que celle qui ferait intervenir un ricochet.

Quoi qu'il en soit, je priai encore une fois M. Contremoulins de vouloir bien vérifier mon diagnostic de localisation. Il procéda hier aux opérations nécessaires, et, une fois le compas d'opération réglé, j'eus la satisfaction de constater que la balle se trouvait exactement à l'endroit où je l'avais repérée.

M. Mignon fit une nouvelle intervention ce matin. Guidé par la

tige du compas de M. Contremoulins, il abrasa une portion de la deuxième côte dont les bouts réséqués antérieurement s'étaient rapprochés et réunis. La plèvre pariétale ouverte, le poumon se rétracta et un pneumothorax se produisit, par suite du défaut d'adhérences. Le doigt introduit dans la cavité pleurale sentit la balle placée superficiellement dans le parenchyme pulmonaire ; elle fut saisie avec une pince, tirée au dehors avec un segment du poumon, et libérée au bistouri de sa capsule d'enkystement. Il ne fut pas possible de se rendre compte de sa situation exacte, dans la scissure interlobaire ou dans le parenchyme pulmonaire.

Voici le projectile que je vous présente. C'est une balle en plomb à chemise de maillechort. Son diamètre est de 7,9 millimètres et sa longueur de 32 millimètres. Elle présente au niveau de sa pointe la trace d'un léger contact tangentiel.

M. Reclus. — Quels étaient les symptômes pulmonaires présentés par votre malade ?

M. Loison. — Ni la percussion ni l'auscultation ne révélaient rien d'anormal. Mais dès les premiers jours le malade avait craché du sang, et cette expectoration sanglante avait duré un mois.

Il était en proie à des phénomènes nerveux, et voulait à tout prix être débarrassé de cette balle, dont la présence l'obsédait.

M. Reclus. — Il faut insister sur ces troubles qui du reste me paraissent, à moi, insuffisants pour légitimer une pareille opération ; nous savons tous ici combien ces projectiles s'enkystent facilement dans le tissu pulmonaire et y restent absolument silencieux, sans provoquer ni trouble ni douleur.

Discussion.

Sur une dégénérescence scléreuse du corps thyroïde.

M. Ricard. — En répondant à mes collègues qui ont bien voulu prendre la parole à propos de ma communication sur cette affection particulière du corps thyroïde que j'étais venu signaler à cette tribune, j'aurais voulu aujourd'hui tirer des conclusions plus nettes et plus précises. Mais, malgré quelques éclaircissements qui sortiront de cette discussion, la question est loin d'être close, et les problèmes que j'ai soulevés restent encore à résoudre.

L'ensemble des faits qui ont été apportés ici vise deux points

différents : l'un a trait à la nature intime du processus thyroïdien, l'autre à sa thérapeutique. Nous sommes loin d'être d'accord sur ce que j'ai appelé « dégénérescence fibreuse du corps thyroïde » ; les uns, avec notre collègue Delbet, voient dans cette affection une sclérose para-thyroïdienne analogue à ces pseudo-plasmes bien connus qu'on trouve dans différents points de l'organisme, autour d'une zone inflammatoire. Les observations de MM. Delbet, Potherat, Bazy ont rappelé ces faits, bien connus d'ailleurs, et les ont rapprochés de la lésion que je venais de décrire.

Notre collègue Poncet, par contre, n'hésite pas, et, avec l'autorité que lui donne sa compétence toute spéciale, dédaigneux des résultats de l'examen histologique, il déclare que les cas analogues au mien ne sont qu'une variété de thyro-carcinose, et il les étiquette « carcinome fibreux du corps thyroïde ».

Nous sommes donc en présence de deux affirmations diamétralement opposées : les uns, ne voyant que le fait d'une inflammation banale, les autres admettant la structure essentiellement maligne du cancer.

Je me garderai bien de vouloir trancher définitivement la question, et je me bornerai, en analysant les observations de mes collègues, à donner l'opinion que je me suis formée, tant après l'examen des trois cas que j'ai pu observer, qu'après les renseignements que j'ai tirés de cette discussion.

J'avoue que l'allure clinique est bien celle du carcinome, que l'envahissement diffus de tous les organes voisins, nerfs, artères, veines, muscles, trachée, œsophage, est bien le fait d'une tumeur maligne. Mais cette tumeur, qui récidive peu ou pas après l'ablation, cette tumeur que des histologistes compétents déclarent être essentiellement fibreuse, cette tumeur qui dans certaines observations n'a pas récidivé et a même régressé après des ablations partielles, ne se comporte pas absolument comme une tumeur maligne.

Aussi, en me rappelant mon premier cas, revu en bonne santé, sans trace de récidive, plus de quatre mois après, en rapprochant de lui l'observation de mon dernier malade, actuellement sans trace de récidive, en rapprochant de ces faits certains cas de Rudel, Cordua, Jaunel, je ne pus m'empêcher de voir dans l'examen histologique l'explication de cette bénignité d'allure.

Je sais bien que M. Poncet m'objecte que « la dégénérescence épithéliale est étouffée, submergée par une gangue fibreuse très épaisse », qu'il faut un grand nombre « d'investigations minutieuses, de recherches délicates, portant sur de nombreux points d'une tumeur, pour en préciser la nature ».

Mais je lui répondrai que de l'examen de la dernière tumeur

fait par notre distingué collègue Letulle, il semble qu'au niveau de l'isthme thyroïdien, là où la lésion est encore en voie de progression, le microscope a pu saisir l'envahissement de la sclérose, déceler l'existence d'un tissu thyroïdien déjà infiltré par l'élément fibreux, mais nulle part il n'a pu révéler les moindres traces caractéristiques de la thyro-carcinose.

Aussi, jusqu'à plus ample informé, jusqu'à ce que des observations plus longtemps prolongées, jusqu'à ce que des faits nouveaux aient détruit l'opinion que je me suis formée, j'incline à penser que nous sommes en présence d'un processus de sclérose, et non d'une tumeur maligne.

Le deuxième point, qui concerne la thérapeutique, paraît avoir réuni un ensemble plus concordant d'opinions. Mes collègues paraissent peu désireux de me suivre sur le terrain opératoire.

Leur opinion est loin de m'avoir convaincu, car leur accord, chose étrange, résulte surtout du profond désaccord qui les sépare. Les uns ne conseillent pas une intervention, dont la gravité est hors de proportion avec la nature si bénigne de la lésion. Les autres, comme M. Poncet, repoussent toute intervention, parce qu'elle ne peut donner « qu'une survie qui n'en vaut pas la peine ».

La réponse à ces derniers est facile. Si vraiment cette lésion thyroïdienne est un cancer, mon intervention est des plus heureuses, car non seulement elle a sauvé les malades d'une mort imminente dont les sujets étaient menacés par la dysphagie et l'asphyxie progressive, mais elle leur a donné une survie respectable, et rien, jusqu'ici, n'autorise à dire que la récidive doive bientôt survenir.

Dans l'hypothèse d'un cancer, l'intervention large est donc des plus légitimes. Aucune thérapeutique ne saurait donner de meilleurs résultats que ceux que j'ai obtenus.

Il n'en est plus de même dans l'hypothèse d'une simple lésion scléreuse. Dans ce cas, la lésion est bénigne en elle-même ; l'acte opératoire, compliqué, difficile et grave, n'est-il pas hors de proportion avec la bénignité du mal qu'il se destine à combattre ?

Ici, il y a matière à discussion. Sans doute, je l'admets, la texture de la tumeur est en faveur des procédés de douceur ; mais il faut nous entendre toutefois sur la bénignité de cette lésion thyroïdienne. A-t-on le droit d'appeler bénigne une affection qui risque de tuer les malades par une sorte de strangulation progressive, qui envahit et comprime l'œsophage, qui détruit la jugulaire, la carotide, le pneumogastrique? Le malade qui fait l'objet de ma dernière observation, ne pouvait plus monter les escaliers sans être menacé d'accidents graves de suffocation. Il avait même eu

deux crises de dyspnée si intense, qu'on avait craint de le voir mourir sur-le-champ.

Singulière bénignité, que cette bénignité qui mène les patients aussi sûrement à la mort! Aussi la thérapeutique des bras croisés ne me paraît guère devoir être appliquée à cette lésion thyroïdienne.

Que propose-t-on, en effet, comme remède? L'expectation, jusqu'aux accidents d'envahissement trachéal. Alors, avec MM. Taillefer et Jeannel, on pratiquera la trachéotomie et la gastrostomie. Ces deux interventions palliatives ne sauraient, à mon avis, que constituer un pis-aller auquel le chirurgien ne doit se laisser acculer qu'en désespoir de cause. Mais il me paraît illogique qu'il attende patiemment, sans rien faire, que le moment soit venu de recourir à des opérations palliatives qui ne sont que de répugnantes et dangereuses infirmités.

Quelques-uns de mes collègues ont bien compris ce qu'une pareille conduite avait d'insolite, et, escomptant la nature bénigne du mal, ils ont conseillé l'extirpation partielle. Je me permets encore de ne pas être de leur avis. En quoi consistera cette opération partielle qu'ils conseillent de pratiquer? sur quel point du néoplasme portera-t-elle? Quelle sera son étendue? Autant de questions insolubles, car la lésion est d'une homogénéité parfaite. Il n'y a pas, comme le pense M. Delbet, de noyau de thyroïdite autour duquel se développe le processus scléreux, tout est partout uniformément blanc et dur. Se bornera-t-on à détacher la trachée et l'œsophage? Réséquera-t-on la portion péri-vasculaire? Il n'existe, pour diriger le bistouri, aucune indication spéciale!

L'extirpation partielle n'a jamais été exécutée de parti pris Certains chirurgiens ont laissé inachevée une opération qu'ils avaient cru pouvoir mener à bien, et, pour l'excuser, ont imaginé d'ériger en ligne de conduite l'extirpation partielle; mais, en réalité, une telle proposition ne supporte pas l'examen.

Si l'on hésite à intervenir, c'est uniquement à cause des risques et des difficultés de l'opération. L'accord serait unanime si cette tumeur fibreuse siégeait dans la paroi de l'abdomen, ou même dans les fosses nasales.

Le fibrome des parois abdominales et le polype naso-pharyngien sont justiciables du bistouri. Tout le monde l'accepte. Si on refuse l'intervention à la sclérose thyroïdienne, qui leur est si comparable et comme structure et comme évolution, c'est uniquement à cause de la crainte, légitime d'ailleurs, d'avoir à réséquer la carotide, la jugulaire et le pneumogastrique.

A mon avis, il est aussi illogique de ne rien faire, que d'agir partiellement et d'agir tardivement. Le chirurgien doit intervenir,

et intervenir aussi radicalement que possible, et comme cette intervention radicale est difficile et périlleuse lorsque la lésion est très avancée, il en découle pour moi cette indication qu'il est dangereux d'attendre pour extirper la tumeur qu'elle ait envahi tous les tissus, qu'elle ait occupé toute une moitié du cou ; et, précisément à cause des dangers d'une opération tardive, je continuerai à conseiller une intervention aussi précoce que possible, dès le diagnostic posé, car alors on a des chances de trouver intact le paquet vasculo-nerveux, et d'exécuter alors une opération aussi facile que radicale.

M. Poirier. — Lorsqu'il nous présenta son intéressant travail, mon collègue Ricard rapprocha des observations qu'il apportait un cas de mon service dont l'observation avait été publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique.*

J'ai revu la malade ces jours derniers; mon impression première ne s'est pas modifiée; je ne crois pas que la tumeur en question se soit développée aux dépens du corps thyroïde, mais je ne saurais affirmer qu'elle n'a pas pris naissance aux dépens d'une para-thyroïde quelconque.

M. Berger. — Dans les remarques que j'ai déjà faites à propos de la communication de M. Ricard, je me suis montré peu favorable à l'opération. Il est bien évident que ce n'était pas là une critique à l'adresse de notre collègue, mais une protestation contre sa tendance généralisatrice de l'opération.

Je conviens avec lui que si un malade a des accidents (gêne de déglutition, difficulté de la respiration), il faut agir et faire l'extirpation.

— Je ne puis souscrire à la conduite opératoire que vous nous proposez en disant de procéder immédiatement à une opération lorsqu'on se trouvera en présence d'une de ces tumeurs indéterminées, peut-être malignes, appartenant au corps thyroïde.

Sur cette malade, je fis une opération large et grave, cependant incomplète, car je laissai des portions indurées, surtout au niveau des insertions musculaires sur les transverses cervicales. Aussi, attendais-je une récidive rapide. Fort heureusement mon attente a été trompée. J'ai revu la malade il y a quelques jours; elle est exactement dans l'état où elle était lorsqu'elle quitta l'hôpital.

La cicatrice est restée épaisse et dure, mais il n'y a pas apparence de récidive. J'en conclus que dans ce cas, l'opérée a bénéficié d'une opération partielle. Lorsque l'origine et la nature de ces tumeurs nous seront mieux connues, ces contradictions apparentes trouveront sans doute l'explication que nous sommes impuissants à donner à l'heure actuelle.

En effet, je vous ai déjà parlé d'un malade qui est venu me trouver à ma consultation, et qui présentait une tumeur du cou s'accompagnant de troubles respiratoires. — Je pensai à un épithélioma du corps thyroïde, bien qu'il n'existât pas de gêne de la déglutition. J'envisageai aussi l'hypothèse d'une tumeur fibreuse thyroïdienne de la nature de celle que vous avez décrite. Je n'opérai pas. Je soumis le malade au traitement spécifique; il y eût une amélioration réelle. Ceci se passait il y a trois mois; je vous tiendrai au courant de son état.

Je ne crois pas avoir à me reprocher mon abstention, et cependant ce cas rentre bien dans les faits qu'a envisagés M. Ricard.

Il y a des tumeurs du cou qui ne laissent aucun doute sur la nécessité de l'intervention. J'ai enlevé un épithélioma développé aux dépens d'un lobe aberrant de la thyroïde. J'eus une grande difficulté, en raison des adhérences, à conduire l'opération. N'oublions pas que ces opérations sont graves, créent des cicatrices ; je pense que ces tumeurs qui nous laissent dans le doute sur leur origine, leurs connexions, ne doivent être enlevées que lorsqu'elles déterminent des accidents.

M. Reclus. — La discussion sur la dégénérescense fibreuse du corps thyroïde est close.

Présentations de malades.

Rhinoplastie.

M. Nélaton présente pour la deuxième fois un homme qu'il a opéré de rhinoplastie. Le résultat depuis un an ne s'est pas modifié.

Cet homme demande à s'engager et M. Nélaton consulte ses collègues militaires sur le conseil qu'il peut donner à ce garçon : doit-on l'engager à embrasser la carrière militaire, doit-on l'en détourner?

M. Berger. — Ce résultat est très bon. — Avez-vous perfectionné le procédé que vous m'avez montré par l'adjonction d'une plaque frontale ?

M. Nélaton. — Ce lambeau frontal ne m'a donné que des résultats très désagréables.

M. Nimier.—Bien que le résultat obtenu par M. Nélaton soit très bon, je n'accepterais pas son malade comme engagé volontaire, me basant sur une indication fournie par l'instruction ministérielle sur l'aptitude au service militaire : la laideur.

Entéro-anastomose latérale pour guérir un anus accidentel.

M. Bazy. — Le malade que je vous présente a été opéré tout d'abord pour une hernie étranglée gangrenée, puis je lui ai fait une entéro-anastomose latérale, et enfin, comme il restait une fistulette, il a dû être opéré par mon interne, M. Bertier, qui lui a fait une suture latérale de l'intestin.

Il est intéressant à ces divers titres, mais il l'est aussi en raison de l'erreur de diagnostic dont il a été le sujet : on me l'avait adressé comme étant atteint de phlegmon diffus péri-urétral.

Voici au reste son observation :

P... (Auguste), journalier, cinquante-huit ans, salle Gosselin, du 21 juin 1900 au 7 juin 1901.

Envoyé par la consultation de l'hôpital à la consultation spéciale de M. Bazy pour une infiltration d'urine.

Il ne peut uriner depuis quatre jours (en réalité il a de l'oligurie), a des coliques intenses et présente de l'œdème rouge des bourses, du périnée, des cuisses et de la paroi abdominale, surtout à gauche.

On l'examine et on apprend que depuis longtemps il avait une hernie inguinale gauche, que les phénomènes inflammatoires ont débuté à ce niveau, que depuis cinq jours il y a arrêt absolu des matières et des gaz. La peau au niveau de l'ancienne hernie a une apparence sphacélique; aussi, en présence de cet ensemble symptomatique, M. Bazy pense-t-il au sphacèle d'une anse intestinale étranglée.

Sur-le-champ (21 juin 1900, n° 353 du registre d'opération), on incise le phlegmon herniaire. Sous le tissu cellulaire plein de pus et de gaz, on trouve un sac grisâtre, rempli d'un liquide vert infect et contenant une anse intestinale verdâtre sphacélée. On l'incise largement, on débride un peu l'anneau inguinal, on fixe les parois intestinales aux bords de la plaie cutanée par quatre points et on place un drain dans le bout supérieur. Puis incision large des bourses.

(Pansement à l'eau oxygénée.)

Après une abondante suppuration, l'élimination des tissus sphacélés, l'état général et local s'améliore. L'anus contre nature fonctionne bien.

Le 7 novembre 1900 (n° 413 du registre d'opération), M. Bazy tente la fermeture de l'anus contre nature.

1. Fermeture temporaire de cet anus, après avivement des bords, par quelques crins.

2. Laparotomie médiane.

On trouve un foyer de péritonite circonscrite avec liquide louche et exsudats membraneux tout autour de l'anse grêle abouchée à l'anus. On nettoie ce foyer, on enlève les exsudats membraneux en les raclant avec des ciseaux; puis on fait une anastomose latérale entre les deux bouts de l'anse avec du fil de couturière. Chaque orifice de l'intestin est protégé par une double ligne de suture.

Premier surjet périphérique à la Lembert et deuxième surjet central en masse sur les tranches de l'orifice. Le surjet est fixé de place en place par un point rétrograde pour empêcher le froncement.

Les deux orifices sont créés à coups de ciseaux successifs faits au fur et à mesure que l'on fait la suture. Au cours de la suture, on est obligé à chaque instant de faire des points supplémentaires, car le tissu intestinal est friable, et il est coupé fréquemment par le fil.

On rentre l'anse, on met une mèche et un drain, et on ferme le reste de la paroi abdominale par trois plans de suture.

Pansement aseptique.

Cependant l'anus n'est pas fermé, les matières passent abondamment.

La plaie abdominale suppure légèrement. Mauvais état général.

Puis tout s'améliore, mais il persiste indéfiniment une petite fistule intestinale obligeant à un pansement journalier.

Le 10 mai 1901 (n° 537), fermeture de la fistule stercorale.

Il existe deux orifices cutanés qu'on réunit par une incision, ce qui permet de découvrir l'orifice fistuleux de l'intestin. Incision d'environ 5 centimètres, excision des tissus fibreux du voisinage, et progressivement on met à nu l'intestin. Une ampoule intestinale débarrassée par dissection minutieuse de ses adhérences est libérée et attirée au dehors.

Sur son sommet se trouve l'orifice fistulaire, qui a environ un demi-centimètre de diamètre.

Suture totale au fil ordinaire des parois de cet orifice; puis surjet large à la Lembert au-dessus. Le fil de ce surjet n'est pas coupé, mais fixé à la paroi, de manière à maintenir l'anse contre elle. Une petite mèche est mise à son contact. Le reste de la plaie est suturé aux crins en un seul plan.

Suites normales; la mèche est enlevée le troisième jour, les crins le huitième. Aucun incident; la plaie est entièrement cicatrisée le quinzième jour. Aucune matière n'a passé depuis; les fonctions intestinales s'exécutent normalement.

Le malade sort le 7 juin 1901.

Je ferai suivre cette observation de quelques courtes réflexions.

Tout d'abord, quand je me suis trouvé en présence de la hernie gangrenée, j'ai pensé devoir réduire le traumatisme et l'intervention au minimum, et c'est pourquoi j'ai dit à mon interne Géraud, qui a opéré à ce moment, de se borner à une large incision, car la fixation de l'intestin, même réduite comme elle l'a été, aurait pu n'être pas faite.

Pour fermer l'anus iliaque, j'avais plusieurs moyens et en particulier la section de l'éperon et la suture secondaire de l'anus.

J'ai craint un accolement imparfait des deux bouts de l'intestin et la blessure d'une anse intestinale saine.

L'événement m'a donné raison : j'aurais laissé sans l'ouvrir et nettoyer un foyer de péritonite suppurée.

C'est l'existence de ce foyer de péritonite qui a été cause de la friabilité de l'intestin à son niveau et de la difficulté de la suture qui en est résultée.

J'aurais pu faire l'anastomose sur une portion non enflammée d'intestin, mais j'aurais craint de laisser exclue une trop grande étendue d'intestin; c'est pourquoi j'ai mieux aimé faire porter la suture à ce niveau. J'aurais pu, il est vrai, faire cette anastomose plus haut et réséquer tout l'intestin enflammé situé au-dessous, mais j'aurais fait une opération plus grave à mon sens et qui n'eût été justifiée que si j'avais pu supprimer toutes les parois du foyer de péritonite. Or, celles-ci étaient constituées, il est vrai, par des portions d'intestin faisant partie de l'anse herniée, mais aussi par des portions d'intestin situées beaucoup plus haut.

C'est l'existence de cette péritonite suppurée circonscrite qui a expliqué les accidents locaux qui ont suivi l'opération.

Après l'opération de l'entéro-anastomose, j'ai rouvert l'anus pour laisser une soupape de sûreté au niveau de l'anse exclue. C'est cet anus qui, transformé en fistule, a nécessité la troisième opération dont j'ai confié, ainsi que je l'ai dit, le soin à mon interne Bertier, qui s'en est très bien acquitté.

M. Ricard. — J'ai pratiqué au moins quatre fois cette opération pour remédier à des anus contre nature. Elle est des plus logiques et ses résultats ont toujours été concordants et très bons. On établit une entéro-anastomose très près de l'anus artificiel. L'anus contre nature fonctionne de moins en moins pendant que l'entéro-anastomose fonctionne de mieux en mieux. C'est le moment alors de supprimer l'anus anormal.

M. Potherat. — J'ai observé un cas absolument analogue à ceux de mes collègues Bazy et Ricard; j'ai opéré le malade par un procédé différent.

Il s'agissait d'un ouvrier de trente-sept ans, opéré à la campagne pour une hernie inguinale étranglée; l'état de l'intestin avait conduit l'opérateur à créer volontairement un anus contre nature.

Cet homme portait cet anus depuis sept mois; il avait eu à

deux reprises des phénomènes d'obstruction d'origine alimentaire dus à ce que l'anus contre nature siégeait très haut.

Lorsque, avec des pansements soigneux et répétés, j'eus obtenu la cicatrisation des vastes ulcérations que portait ce malade au pourtour de son anus contre nature, je fis une laparatomie au niveau de son canal inguinal; par une dissection longue, minutieuse, j'arrivai à isoler d'abord l'anse perforée avec ses deux branches accolées; je libérai ensuite ces deux branches accolées, et je pus faire aussi disparaître la saillie de l'éperon et rendre à l'anse sa continuité; j'avivai alors l'orifice de l'anus, qui occupait une grande étendue, puis je fis l'occlusion à l'aide de fil de lin, et par deux plans de suture. Je fixai l'anse au voisinage de la paroi, et je drainai. Les suites furent des plus simples; j'avais constipé le malade. Au bout de sept jours, je provoquai une évacuation; elle se fit par les voies naturelles; aucun incident ne survint et le malade guérit grâce à mon intervention, plus simple de beaucoup que l'opération en deux temps préconisée par mes collègues Bazy et Ricard.

M. Ricard. — M. Potherat a eu beaucoup de chance. Dans un cas semblable, je n'ai retrouvé qu'un seul bout au devant de l'anus. L'autre s'était effilé et rétracté du côté de l'orifice normal.

Je pense qu'en pareil cas il vaut mieux aller par le ventre et opérer comme M. Bazy et moi l'avons fait.

Présentation de pièces.

Deux cas de tuberculose rénale diagnostiqués par le cathétérisme urétéral. Coexistence dans le même rein d'une hydronéphrose calculeuse partielle et de lésions tuberculeuses.

M. Albarran. — J'ai l'honneur de vous présenter deux reins tuberculeux que j'ai extirpés, l'un vendredi dernier, l'autre ce matin même. Malgré les lésions avancées que vous pouvez constater, on n'aurait pu dire, chez aucun de ces deux malades, quel était le côté atteint, sans l'aide du cathétérisme urétéral. Grâce à ce moyen d'exploration j'ai pu diagnostiquer avec une grande précision le degré des lésions et poser des indications opératoires.

Mon premier malade est un homme de trente-six ans ayant comme antécédent digne de remarque une double épididymite

tuberculeuse qui a nécessité il y a cinq ans une intervention opératoire.

Depuis un temps que le malade ne peut préciser, à peu près deux ans, les urines sont devenues légèrement troubles et leur examen chimique, pratiqué depuis à plusieurs reprises, a démontré la présence de l'albumine. A plusieurs reprises le malade a eu des envies fréquentes d'uriner et s'est plaint de quelques brûlures pendant la miction. L'état général, qui s'était fort altéré les années précédentes, est redevenu meilleur; l'année passée le malade a même engraissé de plusieurs kilos. Il y a trois mois, les urines étant toujours troubles, une nouvelle crise de légère irritation vésicale préoccupa le malade, ce qui l'a décidé à consulter plusieurs médecins en France et à l'étranger.

Lorsque je l'examinai, à la fin du mois d'août, je constatai que la vessie présentait une capacité s'élevant à 200 grammes. J'examinai soigneusement les reins et (le malade est assez obèse) il me fut impossible de sentir par le palper aucun des deux reins; je ne provoquai non plus aucune sensation douloureuse par la pression directe. Jamais le malade n'avait éprouvé ni d'un côté ni de l'autre des douleurs lombaires ou abdominales.

L'examen histo-bactériologique des urines montra le bacille de Koch et de nombreux leucocytes.

Je pensai à une tuberculose rénale et je pratiquai le cathétérisme urétéral. Le cystoscope me montra une vessie un peu rouge en bas, sans ulcération, sans localisation plus marquée de la rougeur à droite ou à gauche. J'enfonçai ma sonde dans l'uretère gauche, parce qu'il m'avait semblé que la région rénale gauche était moins dépressible que la droite.

L'examen comparé de l'urine des deux reins montra : à gauche, du pus abondant et 2 gr. 80 d'urée par litre; à droite, pas de pus et 19 grammes d'urée par litre.

Convaincu alors de l'existence d'une tuberculose rénale gauche avancée, et lorsque l'examen fait par le professeur Dieulafoy démontra le bon état des poumons, je proposai, d'accord avec ce maître, la néphrectomie, qui fut acceptée après des hésitations dues aux opinions variées émises par d'autres confrères.

Voici le rein enlevé il y a cinq jours, l'opération a duré trente-cinq minutes; l'état est parfait depuis; les urines sont aujourd'hui limpides.

Vous voyez ce rein, présentant dans ses deux portions supérieure et inférieure des cavernes remplies de pus caséeux; presque tout le rein est détruit et dans les zones encore conservées se voient des tubercules crus en pleine évolution.

Je note une curieuse particularité : sur la partie médiane de la

convexité du rein, faisait saillie une poche de la grosseur d'un citron, transparente, contenant un liquide clair; elle contrastait avec les bosselures opaques des cavernes pleines de pus. Il s'agit d'une poche d'hydronéphrose partielle due à l'oblitération d'un calice par des calculs uriques primitifs.

Il suffit de voir cette pièce pour comprendre la netteté de l'indication opératoire; or ni l'état général, ni les douleurs, les hématuries ou la tumeur n'auraient pu guider l'action chirurgicale.

Voici un autre rein très malade que j'ai enlevé ce matin; les cavernes détruisent les trois quarts du parenchyme; le bassinet est large, dilaté, tuberculeux; l'uretère élargi présente des ulcérations.

Il s'agit ici d'un malade de Necker âgé de quarante-sept ans, dont je résume l'observation.

Il y a cinq ans, épididymite droite suppurée. Dans la même année, hématurie spontanée totale, durant quatre jours, sans douleur aucune. Pendant l'hématurie, mictions fréquentes.

Pendant trois ans excellente santé, sans le moindre trouble urinaire.

Il y a deux ans, deuxième hématurie présentant les mêmes caractères que la première et durant trois jours. A la suite, santé parfaite.

En juin 1901, troisième hématurie durant huit jours. A partir de ce moment, les mictions sont restées fréquentes, impérieuses, douloureuses, et les urines sont devenues troubles, laissant par le repos un abondant dépôt. Le malade a maigri; il a des sueurs nocturnes.

A l'examen : urètre normal. Vessie ayant 200 grammes de capacité.

Reins : quoique la paroi abdominale soit flasque et le malade maigre, on ne peut sentir aucun des deux reins; l'espace costo-iliaque est d'ailleurs très étroit. Pas de sensibilité à la pression ni d'un côté ni de l'autre. Pas de douleurs spontanées, sauf une sensation d'endolorissement vague sans siège précis au moment des hématuries.

Uretères non sentis, non douloureux.

Epididymite double.

Prostate, vésicules séminales, saines.

Poumons normaux.

Urines louches, purulentes, contenant 1 gr. 10 d'albumine et 12 grammes d'urée par litre. Pas de bacilles de Koch.

Le diagnostic de tuberculose rénale était plus que probable,

mais rien ne permettait de soupçonner le côté malade et moins encore de dire si un seul ou les deux reins étaient pris.

Je *fis le cathétérisme urétéral.* Le cystoscope montrant la vessie saine et l'urine s'écoulant des uretères ne présentant pas de différence nette, je me décidai, un peu au hasard, pour le côté gauche, parce que le malade se souvenait vaguement d'avoir plutôt souffert de ce côté pendant sa dernière hématurie.

Je trouvai dans le bassinet gauche 80 grammes d'urine résiduale franchement purulente. L'urine qui s'écoula ensuite par la sonde était peu trouble; elle contenait par litre 5 gr. 20 d'urée, 5 gr. 30 de chlorures, 0 gr. 48 d'acide phosphorique et 2 grammes d'albumine. Au microscope, nombreux leucocytes; bacilles de Koch douteux, mais probables.

L'urine du rein droit était claire, elle ne contenait pas de pus ni de microbes. L'examen chimique ne fut pas fait parce que le garçon de laboratoire, croyant l'examen fini, jeta l'urine. Ce qu'on savait au point de vue histo-bactériologique et la comparaison de l'urine du rein gauche à l'urine totale examinée chimiquement, montraient bien que le rein droit était sain. Dans l'urine totale, on trouvait: urée 12 grammes, chlorures 7 gr. 60, acide phosphorique 1 gramme.

Le cathétérisme urétéral démontra la lésion rénale soupçonnée : il permit d'affirmer une destruction avancée du rein et l'existence d'une poche formée par le bassinet dilaté (80 grammes de rétention). Je pus encore affirmer que le rein droit était sain.

Chez ces deux malades, lorsqu'on a les pièces en main, je ne crois pas qu'on puisse discuter le bien fondé de l'indication opératoire. Parmi les moyens connus d'exploration rénale, le cathétérisme urétéral seul pouvait permettre un diagnostic assez précis pour justifier l'intervention.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1901

Présidence de M. Berger

Rectification.

Dans notre discussion sur une *dégénérescence scléreuse du corps thyroïde*, une erreur de mise en pages nous a fait mélanger les discussions de MM. Poirier et Berger, p. 942. C'est ainsi qu'elles doivent être lues :

Faire passer les douze dernières lignes de la page commençant par : « Sur cette malade », etc., à la suite de la ligne 19, avant la discussion de M. Berger.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. Schwartz, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° — Une lettre de M. Hartmann, qui demande un congé de deux mois.

A propos de la correspondance.

M. Richelot dépose sur le bureau une note sur un *cas de rupture traumatique de la rate avec hémorragie lente. Splénectomie. Guérison*, par M. Coville (d'Orléans).

A propos du procès-verbal.

Fracture ancienne du pariétal droit déterminant, à longue échéance, des accidents d'épilepsie jacksonienne,

par M. E. KIRMISSON.

Il est souvent fort difficile d'établir un lien pathogénique exact entre un traumatisme cranien et les accidents épileptiformes qui leur font suite. Le fait cité dans la dernière séance, dans le rapport de M. Rochard, en fait foi. Je citerai encore à l'appui de cette assertion l'observation suivante, que j'ai eu l'occasion de recueillir cette année même dans mon service de l'hôpital Trousseau.

Il s'agit d'une fillette de onze ans, qui, à deux ans, a fait une chute de la hauteur d'un premier étage sur l'angle d'un trottoir. La chute a eu lieu sur le côté droit de la tête; il n'y a pas eu de plaie.

Deux ans et demi après, à quatre ans et demi par conséquent, l'enfant a été prise de mouvements épileptiformes localisés au côté gauche du corps. La crise, qui a été unique, a duré environ sept heures. L'enfant se trouvait alors à Tours, où elle a été hospitalisée pendant quinze jours.

Elle est sortie guérie de l'hôpital. Depuis lors, elle n'a pas eu d'autres accidents jusqu'à l'heure actuelle. La mère cependant a constaté une faiblesse de la mémoire, mais l'enfant est intelligente. Elle n'accuse pas de douleurs de tête spontanées; mais il existe une douleur à la pression dans la région du crâne sur laquelle a porté le traumatisme. Le peigne, à ce niveau, ne pouvait être passé que très légèrement.

Dans la nuit du 11 au 12 juillet 1901, nouvelle crise épileptiforme; l'enfant tombe de son lit, sans perdre connaissance. On l'amène à l'hôpital le 12, dans la matinée. M. Netter, qui la voit à ce moment, constate des mouvements épileptiformes limités au côté gauche du corps. L'avant-bras se fléchit sur le bras, les doigts sont fléchis, le pouce replié dans la paume de la main. Le membre inférieur est également le siège de mouvements de flexion. La tête et les yeux sont déviés du côté gauche; pas de mouvements des muscles de la face.

Le lendemain, 13 juillet, j'examine l'enfant avec mon collègue. Tout mouvement convulsif a disparu; il n'y a rien de particulier à noter, ni du côté des mouvements, ni du côté de la sensibilité.

Mais nous constatons l'existence, sur la partie latérale droite du crâne, d'une dépression manifeste, au niveau de laquelle la pression avec le doigt est très douloureuse.

Le 20 juillet, la malade passe dans mon service. Les cheveux étant rasés, l'on constate, à la région temporale droite, à deux travers de doigt en arrière du pavillon de l'oreille, l'existence d'une fente verticale de 4 à 5 centimètres de longueur, avec une dépression manifeste, au niveau de laquelle on voit les battements du cerveau. La pression exercée avec le doigt au niveau de cette dépression est douloureuse.

Dans ces conditions, on peut admettre l'existence d'un fragment osseux ou d'une hyperostose venant comprimer la surface externe de la dure-mère à ce niveau, et l'on croit une intervention indiquée.

Celle-ci est pratiquée le 27 juillet : on dessine, à la surface du cuir chevelu, un lambeau convexe en avant dont le pédicule est tourné en haut et en arrière, lambeau qui correspond à la dépression osseuse notée précédemment. On décolle le périoste à la rugine ; mais, tandis que le décollement se fait sans difficulté à la partie supérieure, en bas, au contraire, au niveau de la fente osseuse, le décollement est impossible. Il est intimement fusionné avec la dure-mère à ce niveau, et les tentatives faites pour le décoller déterminent l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Toutefois la fente osseuse est mise à nu ; en examinant ses bords, on se rend facilement compte qu'il n'y a ni hyperostose, ni fragment enfoncé, ni esquille qui vienne irriter la dure-mère. Dans ces conditions, on croit sage de s'abstenir de toute opération osseuse. On suture la plaie, en interposant au niveau de son angle inférieur un petit drain qui est retiré au bout de quarante-huit heures.

La cicatrisation se fait sans incident, et l'enfant quitte l'hôpital le 8 août.

. . . .

Voilà donc un fait dans lequel il est difficile de se rendre compte du véritable mécanisme des accidents épileptiformes observés. L'intervention a démontré qu'il n'y avait aucune disposition osseuse spéciale que l'on pût incriminer. Sans doute, on admettra comme suffisante l'adhérence de la dure-mère au périoste, au niveau de la fente cranienne, ce que je ne fais aucune difficulté d'accepter. Mais alors il reste à se demander pourquoi cette disposition anatomique permanente n'a déterminé que deux accès épileptiformes à long intervalle, l'un vers cinq ans, le second à onze ans. Sans vouloir faire intervenir l'idée de psychose post-

opératoire, qui ne me séduit nullement, je pense avec M. Rochard qu'on doit, en pareil cas, tenir compte, outre les conditions anatomiques locales. d'une prédisposition héréditaire ou acquise.

M. Rochard. — L'enfant a-t-elle guéri de ses crises après cette intervention?

M. Kirmisson. — L'enfant est partie guérie de son opération, mais j'ignore si elle n'a pas eu de nouvelle crise épileptiforme.

M. Rochard. — Ce qui est intéressant dans l'observation de M. Frogé, c'est qu'il a pu suivre son malade pendant plus de deux ans, et que pendant cette longue période il est resté sans crise.

A propos du cathétérisme urétéral,

par M. BAZY.

Après ma communication du 31 juillet dernier, dans laquelle je vous avais prouvé, par un fait, l'insuffisance du cathétérisme urétéral, comme moyen de diagnostic, et vous avais montré la faillite de ce mode opératoire de diagnostic, je m'étais promis de ne plus prendre la parole sur cette question qui me paraît jugée.

Le premier des faits cités par M. Albarran dans notre dernière séance me force à prendre la parole.

Vers la fin du mois dernier, je vois entrer dans mon cabinet deux hommes qui viennent me demander d'aller voir le frère de l'un d'eux qui avait une tuberculose du rein et que l'on voulait opérer, et avant toutes choses ils me demandent de ne pas lui faire le cathétérisme de l'uretère, car on le lui a fait en Amérique, *et il a beaucoup trop souffert pour vouloir se soumettre à nouveau à l'opération.*

Je me dis que le cathétérisme urétéral n'est pas moins douloureux là-bas qu'ici, et reste toujours surpris que personne ne parle des douleurs qu'il peut déterminer.

Vous comprenez que je n'hésite pas à leur dire que je n'emploie pas ce moyen, que je regarde comme insuffisant et trompeur.

Je vois le malade le lendemain, et je me trouve en présence d'un homme d'apparence saine, doué d'un certain embonpoint, qu'il a acquis en passant quelques mois dans les montagnes.

Il me raconte alors qu'on lui a fait à Cuba, où il réside, une pre-

mière opération, qui m'a semblé avoir été une épididymectomie gauche. Quelque temps après, une castration à droite, et maintenant on veut lui enlever un rein, qui est tuberculeux.

J'apprends que ses urines sont devenues troubles depuis la deuxième opération ou peut-être à ce moment.

Il ne souffre pas et n'a jamais souffert ni des reins ni de la vessie; il n'a pas de fièvre, et n'en a jamais eu; il a très bon appétit, il urine seulement deux ou trois fois par nuit, et dans le jour toutes les deux ou trois heures.

Je l'examine, et du côté des reins je ne vois rien d'appréciable, c'est en tout cas trop vague pour avoir quelque signification.

Je pratique le toucher rectal, je trouve une prostate un peu ferme, peu augmentée, mais régulière.

La pression sur le col vésical est indolente, et aussi sur tout le bas-fond, sauf dans la région de l'uretère gauche où je détermine très nettement de la douleur.

Ce signe-là m'aurait permis de localiser les lésions au rein gauche, puisque ni la vessie ni l'orifice de l'uretère gauche n'étaient douloureux; mais on m'avait montré les résullats de la cystoscopie et du cathétérisme de l'uretère gauche. Cela me dispensait de demander à faire la cystoscopie comme complément d'information, pensant que l'on n'avait fait le cathétérisme urétéral du côté gauche que guidé par les altérations de l'orifice urétéral qui sont constantes en pareil cas.

En comparant cette observation à la première de M. Albarran, vous avez reconnu, je pense, la similitude, sauf qu'il n'est pas parlé de deux opérations successives sur les testicules, et par conséquent d'une tuberculose à poussées successives, ni *de la douleur du cathétérisme urétéral.*

Aussi ce qui m'a le plus frappé en lisant son observation, c'est qu'il avait enfoncé sa sonde urétérale un peu au hasard. Or, je me considérerais comme aussi coupable d'enfoncer à travers une vessie infectée une sonde dans un uretère qui pourrait être sain, que de faire une incision à la peau sans l'avoir préalablement aseptisée.

Ce qui m'a frappé aussi, c'est qu'on se soit contenté d'une minime quantité d'urine (quelques grammes extraits de l'un et de l'autre rein), pour baser un diagnostic chimique et clinique.

Au demeurant, on avait fait l'examen bactériologique à trois reprises, et à des intervalles éloignés. Deux fois on avait trouvé du bacille de Koch; la dernière fois, c'était par M. Lépinois, on l'y avait trouvé facilement.

M. Albarran nous dit qu'il a fait le diagnostic de tuberculose rénale gauche par le cathétérisme urétéral.

C'est exactement comme s'il venait nous proposer de faire le diagnostic du cancer du sein par l'excision d'un fragment de néoplasme, ou le diagnostic de la coxalgie par l'arthrotomie.

En effet, il n'était pas difficile de diagnostiquer tuberculose urinaire chez ce malade, les antécédents à défaut de l'examen bactériologique imposaient ce diagnostic. La facilité avec laquelle on retrouvait le bacille de Koch plaidait en faveur de l'origine rénale. La douleur localisée à l'orifice de l'uretère gauche localisait la lésion à gauche. La cystoscopie venait confirmer le diagnostic, le cathétérisme de l'urètre était donc une superfétation.

L'épreuve du bleu de méthylène eût démontré l'intégrité du rein droit.

A ce propos permettez-moi d'insister sur la valeur du signe que j'ai appelé réflexe uretéro-vésical et que je n'ai pas vu employé par M. Albarran.

J'ai dit qu'on le trouvait avec ou sans augmentation de volume de l'uretère et du rein et qu'il se traduit par une douleur ou l'envie d'uriner que détermine la pression au niveau de l'embouchure de l'uretère du côté lésé.

Les faits à l'appui de cette manière de voir seront publiés dans la thèse de mon ancien interne Deschamps.

En voici deux qui me paraissent assez typiques :

Quand j'ai repris mon service le 1er octobre, on m'a présenté une première malade comme étant atteinte de rein mobile très douloureux ; les douleurs devaient être mises surtout sur le compte d'une névropathie assez prononcée.

Je l'examine et trouve un rein abaissé dépassant le rebord costal de deux ou trois travers de doigt, gros, douloureux, peu mobile.

Je pense aussitôt à un rein enflammé ou tout au moins congestionné ; le trouble de l'urine venait confirmer cette opinion.

Je pratique le toucher vaginal et sens l'uretère rubané ; mais ce qui frappe le plus les assistants, c'est la douleur et l'envie d'uriner qu'accuse à un moment donné la malade : je pressais l'orifice de l'uretère. Je la mets au repos absolu et au lait et me propose de lui faire la cystoscopie pour faire voir à mes élèves la rougeur à l'orifice de l'uretère.

Mercredi dernier 9 octobre, après avoir retardé de plusieurs jours, je veux faire cette cystoscopie ; je l'examine à nouveau, et ne trouve plus le réflexe urétéro-vésical ; je palpe son rein, il avait disparu ; j'interroge la malade, elle ne souffrait plus, je la sonde : l'urine est claire.

La pyélite et la congestion rénale avaient disparu par le repos

et le lait, ce que j'ai vu plus d'une fois. Le réflexe urétéro-vésical montrait donc ici sa valeur.

Autre exemple : on me présente ce même jour une malade comme atteinte de cystite tuberculeuse; j'admets le diagnostic de tuberculose, car la malade a un sommet pris, elle a de la pollakiurie : elle urine toutes les heures, les demi-heures, et a la douleur terminale de la miction.

J'examine ses reins, je ne constate rien; peut-être un peu plus de résistance à droite.

Mais en pratiquant le toucher vaginal, je détermine très nettement la douleur au niveau de l'orifice de l'uretère et, en remontant plus haut, je trouve un uretère gros comme un porte-plume, moniliforme, dont la pression est beaucoup moins douloureuse que celle que j'exerce au niveau de la portion intra pariétale qui est saine.

La pression dans les autres points, et notamment au niveau du col, est indolente.

La cystoscopie me montra un orifice rouge, une vessie simplement congestionnée par place, rien à l'orifice de l'uretère gauche.

Eh bien, si, dans ce cas, je m'étais contenté de l'examen du rein, j'aurais accepté le diagnostic de cystite tuberculeuse simple; dans ce cas la lésion rénale ne pouvait, tout comme dans le cas de M. Albarran. être diagnostiquée par la palpation du rein et néanmoins l'état de l'uretère senti par le toucher ne peut laisser de doute; le réflexe urétéro-vésical montre ici toute sa valeur. M. Albarran dans ce cas aussi où le rein était silencieux, comme dans celui qu'il a cité, aurait pu dire : tuberculose rénale diagnostiquée par le cathétérisme urétéral; il aurait pu s'en dispenser en faisant un examen clinique autre.

Un mot, si vous le permettez, à propos de la thérapeutique. J'ai déconseillé l'opération chez ce malade, car je continue à penser que le traitement opératoire de la tuberculose rénale doit obéir, comme pour tous les autres organes, à des indications, et je suis étonné que l'on ne veuille pas admettre pour le rein ce que l'on admet pour d'autres organes.

Car la tuberculose rénale est curable, comme toutes les autres. Un grand nombre de ces malades que M. Guyon a appelés des *pisseurs de pus*, ne sont que des tuberculeux torpides et chacun de nous en connaît qu'il suit depuis des années; j'en vois quelques-uns depuis vingt ans qui sont indubitablement tuberculeux et qui ont toutes les apparences de la santé.

On nous présente ici des reins caséeux qu'on a enlevés parce qu'ils jouaient le rôle de corps étrangers et qui sont des tuberculoses guéries.

Nous en voyons aussi à l'autopsie qui sont guéris et notre collègue Letulle me disait qu'il en voyait souvent.

Si cette doctrine de l'ablation des lésions tuberculeuses sans indication spéciale était la vraie, il faudrait remplacer les sanatoriums d'altitude, maritimes et autres, par des maisons de santé opératoires, réséquer les poumons, les articulations, amputer, etc., supprimer en un mot tout foyer tuberculeux dès qu'il apparaîtrait et les poursuivre tous.

Rapports.

1° *Sur un cas d'écrasement du calcanéum traité par la conservation.* — 2° *Luxation du grand os;* par M. COURTEAUD, médecin principal de la marine.

M. Ch. NÉLATON, rapporteur.

M. Courteaud, médecin principal de la marine, nous a adressé deux intéressantes observations dont vous m'avez chargé de vous rendre compte. La première a trait à un cas d'écrasement du calcanéum.

Un marin de vingt-deux ans reçoit sur le talon droit chaussé de sabots une chaîne d'ancre d'un poids considérable. Il en résulte une vaste plaie aux faces postérieure, plantaire et interne du pied, avec éclatement du calcanéum en fragments multiples. Un de ces fragments du volume de la phalange de l'index, complètement détaché, adhère au tendon d'Achille, et, entraîné par lui, remonte à 3 centimètres au-dessus des autres fragments.

M. Courteaud lave et nettoie chirurgicalement le foyer de fracture, le panse antiseptiquement et réunit les bords déchiquetés de la plaie au moyen de sutures de catgut.

Au bout de deux jours, le sphacèle des téguments qui recouvrent le foyer de fracture se produit, et, pendant quatre mois, la plaie bourgeonne, se cicatrise et aboutit à une guérison.

Le pied est plat, le talon offre de profil une encoche au niveau de la tubérosité du calcanéum qui manque. Le tout est recouvert de tissu cicatriciel, qui, fort heureusement, n'atteint pas la région plantaire. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont parfaits.

Ce marin fut réformé. Mais il marchait très bien, et, rendu à la vie civile, il s'engagea à bord d'un navire caboteur et y fit parfaitement son métier pendant un an. Puis il se noya.

M. Courteaud s'applaudit beaucoup de n'avoir pas amputé cet homme et montre ce que peut l'expectation en pareil cas.

Nous ne pouvons que partager sa manière de voir et applaudir au bon résultat qu'il a obtenu. La fonction du pied s'est complètement rétablie grâce à la réunion du fragment osseux adhérent au tendon d'Achille. C'est là un enseignement considérable. De plus, la région postérieure du talon enlevée fut remplacée par du tissu de cicatrice qui ne gêna pas la marche, car la plante du pied n'avait pas été atteinte.

La seconde observation, intitulée « Luxation du grand os », n'en est peut-être pas une.

Un jeune matelot de dix-huit ans, syphilitique, fait un effort du poignet. Il ne s'aperçoit de rien sur le moment, et, quelques heures après, constate l'apparition d'une grosseur sur le dos de la main.

M. Courteaud, six jours après, constate, au niveau des os de la deuxième rangée, une saillie arrondie à peine marquée dans l'extension, très marquée dans la flexion, du volume d'une demi-noisette.

A la palpation, on sent une dureté apparente surmontée d'une bosse rénitente, si bien que M. Courteaud ponctionne à la seringue de Pravaz cette grosseur. Résultat de la ponction : nul. Mais en soufflant dans la canule, on recueille une goutte d'un liquide jaunâtre un peu louche.

Les tentatives de réduction restent infructueuses. On applique une plaque de zinc doublée de molleton sur la saillie qui disparaît en vingt jours et il ne persiste aujourd'hui aucun vestige du mal.

Ce n'est pas là l'histoire des luxations du grand os que nous connaissons et nous ferons des réserves sur la nature de ce cas à coup sûr fort intéressant.

Trois cas de Prostatectomie, par M. ADENOT (de Lyon).

M. TUFFIER, rapporteur.

Les trois observations de notre collègue ont trait à la prostatectomie. C'est là un chapitre de chirurgie urinaire qui, ouvert récemment ou plutôt mis récemment à l'ordre du jour, a besoin d'un grand nombre de faits pour prendre rang dans la thérapeutique. Nous en sommes actuellement à la période d'essai, et les trois opérations pratiquées par M. Adenot le prouvent.

Voici, résumées, ces trois observations.

Obs. I. — *Tumeur maligne de la prostate; prostatectomie périnéale; guérison opératoire; mort 4 mois après, de cachexie.*

M. J..., âgé de cinquante-sept ans, a été bien portant jusqu'à ces dernières années; à noter seulement, à l'âge de quarante-sept ans, c'est-à-dire il y a dix ans, une blennorragie, qui dura deux mois et se compliqua d'orchite. A cinquante-quatre ans — il y a par conséquent trois ans — le malade s'aperçut que l'urine du début de la miction était parfois rosée, et que sa chemise présentait quelques taches de sang. Ces accidents durèrent quatre à cinq mois environ, puis cessèrent pour se reproduire de nouveau quelques mois après. En octobre 1899, le malade alla voir un chirurgien qui diagnostiqua une hypertrophie de la prostate et se contenta de recommander des lavements d'eau très chaude. Mais, quelque temps après il commença à souffrir dans la cuisse droite, surtout à l'occasion de la marche; en même temps les hématuries reparurent à plusieurs reprises. Un cathétérisme vésical, pratiqué, vers cette époque, par son médecin, fut également suivi d'une hématurie abondante.

Au moment de notre examen, le malade n'avait jamais eu de rétention d'urine, les mictions étaient toujours faciles, s'accompagnant parfois d'une légère cuisson. Constipation habituelle, amaigrissement considérable. Le malade se plaint surtout de douleurs dans la cuisse et la jambe droites, pour lesquelles il réclame un soulagement. Il apparaît manifestement qu'il s'agit d'une sciatique.

Par le toucher rectal, on sent facilement, au niveau de la prostate, une tumeur du volume d'une mandarine, régulièrement arrondie, de consistance ferme, mais non dure, légèrement élastique. Pas de ganglions suspects, ni dans les fosses iliaques ni dans le petit bassin, ni dans les régions inguinales. L'examen local fut suivi d'une exagération des douleurs pendant deux jours et d'une hématurie assez abondante.

L'opération fut décidée et pratiquée le 28 avril 1900. Prostatectomie périnéale par le procédé de Quénu et Baudet. Incision de la peau en Y renversé, les deux branches embrassant l'anus en se dirigeant vers les ischions. Incision des fibres moyennes du releveur de l'anus; décollement des fibres de l'aponévrose supérieure du releveur, section du raphé ano-bulbaire et des faisceaux contigus du releveur, décollement de l'espace prérectal, telles sont les différentes opérations qui préparent l'accès de la prostate. A noter seulement, pendant ces manœuvres, une légère hémorragie due à la blessure du bulbe, qui était très volumineux.

La prostate apparaît blanche, avec des marbrures violacées. Après incision de sa capsule, on énuclée successivement et on enlève le lobe gauche, puis le droit; profondément reste une masse qui est sans doute le lobe moyen, et qu'on enlève avec des pinces et une curette. On curette également avec prudence la paroi postérieure de l'urètre. On termine l'opération en suturant les parois de la loge évidée aux parois du bassin, laissant ainsi cette loge largement ouverte par le bas, et cela afin d'éviter toute compression en cas de récidive.

Les suites opératoires furent des plus simples : dès le lendemain le malade urinait seul, sans aucune difficulté. Les urines sont encore

légèrement sanglantes pendant quelques jours. Ablation des fils et du drain au sixième jour. Le malade rentre chez lui au dixième jour. Nous apprîmes qu'il était mort de cachexie environ quatre mois et demi après l'opération.

L'examen histologique de la prostate a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma adénoïde malin de la prostate.

Obs. II. — *Hypertrophie de la prostate, rétentions répétées, infections par fausse route, cystostomie, puis prostatectomie périnéale, guérison.*

M. M..., cinquante-huit ans, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'au milieu de l'année dernière. Au mois d'août 1900, c'est-à-dire il y a environ quinze mois, il éprouva quelques envies fréquentes d'uriner ; ces malaises s'accentuèrent peu à peu, et devinrent très marqués au mois de novembre suivant. Rapidement s'établirent de la pollakiurie diurne et nocturne, et des accidents de rétention aiguë. A la fin de décembre son médecin traitant fut obligé de faire un cathétérisme, qui fut suivi d'une légère hématurie. Je vois le malade au milieu de janvier 1901. Le cathétérisme vésical est très difficile ; la prostate est dure, volumineuse, globuleuse ; les deux lobes latéraux sont particulièrement développés ; la surface de la glande est irrégulièrement lobulée, son volume est celui d'une grosse prune. Les urines sont limpides : pas d'albumine, pas de cystite marquée.

A mon deuxième examen, trois semaines plus tard, l'état du malade s'est considérablement aggravé : à la suite de tentatives de cathétérisme infructueuses, il s'est fait une fausse route qui a donné lieu à des accidents d'infection ; le malade a beaucoup maigri ; il a de la fièvre. Je parviens avec peine à introduire une sonde sur conducteur, et je retire trois quarts de litre d'une urine troublante et fétide, mélangée de sang et de petits caillots noirâtres. La sonde à demeure ne pouvant être facilement placée dans ces conditions, je propose et pratique, le 12 février 1901, une cystostomie sus-pubienne ; j'étais d'ailleurs autorisé à faire la prostatectomie, au cas où j'en verrais la possibilité. Au cours de cette opération, je puis me convaincre qu'il n'existe pas de saillies anormales intra-vésicales des lobes de la prostate, pas de saillie exagérée du lobe moyen. La région du col vésical forme une sorte de plastron impossible à mobiliser. La fausse route est évidente : le bec de la sonde pénètre dans le lobe droit de la prostate, quelque soin qu'on mette à l'éviter ; la pénétration est d'environ 3 centimètres.

Je fais alors placer le malade dans la position de la taille, et je pratique la prostatectomie. L'opération est menée suivant le même manuel opératoire que dans l'opération précédente. Mais, pendant le décollement de l'espace prérectal, rendu très difficile à cause des adhérences de la capsule de la prostate avec le rectum, ce dernier est déchiré légèrement ; je le suture aussitôt. L'extirpation de la prostate est rendue également très difficile à cause de la fusion des plans ; aussi ne puis-je l'enlever aussi complètement que je l'avais espéré. Dans mes tentatives, je fais même une déchirure assez étendue (2 centimètres environ) de

l'urètre prostatique. Aussi suis-je obligé de renoncer au décollement de la glande, pour réséquer seulement le plus possible des lobes avec les ciseaux. Cela fait, je place quelques points de suture sur l'urètre, je rétablis la continuité des releveurs de l'anus le mieux possible, puis je ferme la plaie cutanée en laissant deux drains de chaque côté de l'anus. Sonde à demeure dans l'urètre. La plaie sus-pubienne est rétrécie partiellement, et des tubes de Perier sont fixés aux lèvres cutanées.

Les suites opératoires furent très simples. Ablation des fils périnéaux le 21 février, ablation d'un des drains périnéaux le 23, du second quelques jours après. Diminution des tubes de Perier le 26 février; à cette même date le malade rentre chez lui. Dans la première quinzaine de mars, le périnée est cicatrisé; le malade se sonde lui-même et se fait des lavages de la vessie, la fistule hypogastrique se ferme. Le 1er mai, il est complètement guéri; les mictions sont faciles, le périnée souple, le malade a engraissé, et a repris ses occupations.

Obs. III. — *Rétention aiguë avec hématurie grave, cystostomie, résection du lobe moyen de la prostate hypertrophiée, récupération parfaite des fonctions vésicales.*

Homme de soixante et un ans, entré à l'hôpital le 5 septembre 1898 pour des hématuries très graves. C'est un éthylique relatif, d'une santé généralement bonne. A noter dans ses antécédents une blennorragie à l'âge de dix-huit ans. Il y a un an, a eu une hématurie assez légère pendant deux ou trois jours. L'hiver dernier il a présenté de la pollakiurie diurne et nocturne, sans douleur mictionnelle. Il y a un mois environ, ces phénomènes pollakiuriques, qui s'étaient amendés, ont recommencé. Il y a quinze jours, mictions sanglantes; il y a sept ou huit jours, hématurie constituée par du sang presque pur; les douleurs et la pollakiurie augmentent parallèlement. Cet état dure jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, le 5 septembre 1898.

Au moment de son entrée le malade a une hématurie continue, le sang s'écoulant goutte à goutte par le canal. Le cathétérisme avec une sonde molle ne donne que du sang; toute sonde rigide ne peut passer. Par le toucher rectal la prostate paraît volumineuse, mais je ne puis obtenir de renseignements bien nets, l'examen étant rendu difficile par une ankylose de la hanche gauche consécutive à une fracture survenue à l'âge de vingt ans. Le 8 septembre la rétention est absolue, le malade réclame une intervention.

Anesthésie à l'éther. Les tentatives de cathétérisme restant infructueuses, il ne reste qu'à pratiquer une ouverture de la vessie, qu'on sent très tendue à l'hypogastre. Taille sus-pubienne. Évacuation d'une grande quantité de caillots qui bourrent le bas-fond. Au niveau du col, je sens une saillie très dure, rectangulaire, constituée par le lobe moyen de la prostate extraordinairement développé et présentant une disposition en clapet; l'épaisseur de cette saillie est environ d'un centimètre et demi. Après avoir augmenté l'incision de la paroi vésicale j'attire le plus possibl le fond de la vessie, en saisissant la saillie elle-même, et je

cherche à le sectionner avec des ciseaux courbes. Mais je ne puis y parvenir à cause de la gêne qui résultait de la flexion partielle de la cuisse ankylosée.

J'ai alors recours à l'écraseur de Chasaignac, avec lequel je sectionne facilement à ras la portion saillante de la prostate. Cette portion pesait 25 grammes. Il ne se produisit pas d'hémorragie appréciable après l'ablation; néanmoins, par mesure de précaution, je fis le tamponnement complet de la cavité vésicale avec de la gaze stérilisée.

Suites opératoires sans incidents. Le 10 septembre le tampon intravésical est enlevé; il ne se reproduit pas d'hémorragie. Les urines restent légèrement troubles pendant quelque temps; lavages vésicaux fréquents. En novembre la santé du malade ne laisse plus rien à désirer; les mictions urétrales sont très satisfaisantes; il ne subsiste plus qu'une fistulette hypogastrique insignifiante; la prostate est assez volumineuse et dure. La fistulette ne se ferme que plus d'un an après, en février 1900, après une cautérisation énergique au thermocautère. — Actuellement il y a vingt mois que le malade a été opéré et son état est excellent : mictions faciles et rapides, cathétérisme facile (n° 22), col libre ; le malade peut être considéré comme définitivement guéri.

Le portion de prostate enlevée, dure, de coloration blanc rosé, a été examinée histologiquement : il s'agissait d'un fibrome à fibres lisses.

Ces trois observations touchent à des points si différents de la chirurgie des urinaires, qu'il m'est impossible de les envisager et de les discuter devant vous. Je ne puis même pas vous présenter un aperçu des indications opératoires, puisqu'il me faudrait parler de l'ablation de la prostate dans les tumeurs, dans les hypertrophies simples, partielles, totales, ou compliquées, ce qu'il est actuellement impossible de faire. Ces trois observations ont cependant un sujet commun : c'est la partie opératoire, l'ablation de la prostate. Je n'ai trouvé, pour ma part, que deux malades réellement justiciables de cette intervention, et cela pendant une bien longue période de pratique chirurgicale, puisque ma première opération a été faite il y a plus de neuf ans, le 15 septembre 1892.

Les deux voies qui permettent d'aborder la prostate ont été suivies par M. Adenot, la voie sus-pubienne dans un cas, la voie périnéale dans les deux autres. Mais ce qui est intéressant, c'est de voir que, dans une de ces deux opérations périnéales, notre collègue avait d'abord pratiqué la cystostomie sus-pubienne, qu'il n'a pu profiter de cette voie pour pratiquer l'ablation de la glande, et qu'il a dû faire une sorte d'opération de Dittel modifiée et complétée. C'est qu'en effet la voie haute et la voie basse ont leurs indications qui le plus souvent peuvent être précisées. Dans ma première opération, j'ai pratiqué la taille sus-pubienne, parce que la clinique, l'exploration métallique simple et com-

binée au toucher rectal, que je doublerais actuellement de la cystoscopie, m'avaient permis d'affirmer qu'il s'agissait d'une hypertrophie du lobe médian faisant valvule toutes les fois que le malade urinait debout ou faisait quelque effort en urinant. Dans le fait de M. Adenot, les symptômes ne permettaient pas une localisation aussi précise; du moins l'observation ne signale rien de semblable, et, de fait, le lobe médian fut trouvé fixe, formant une colonne libre implantée sur le col.

La conduite opératoire à tenir en face de ces cas a été diversement interprétée. Doit-on sectionner le lobe avec ou sans morcellement? doit-on l'enlever en creusant un fossé dans la prostate? doit-on suturer la plaie ainsi faite à la glande prostatique? Il est certes des cas difficiles où l'on fait ce que l'on peut : morcellement de l'organe avec les pinces coupantes, section au ras du col à l'écraseur, au thermo-cautère, aux ciseaux courbes, tamponnement de la plaie, tout peut réussir.

Dans le cas particulièrement favorable où je me suis trouvé, j'ai enlevé, avec le lobe médian, une large tranche, en V à sommet inférieur, de la prostate, et j'ai suturé au catgut les lèvres de la plaie d'avant en arrière. L'exérèse, dans ces cas, a deux pierres d'achoppement : l'exiguïté du champ opératoire et l'écoulement sanguin profond qui est souvent inévitable et qui gêne considérablement. Malgré cela, je ne saurais approuver la conduite de notre collègue qui s'est servi d'un écraseur linéaire. Un instrument tranchant, des pinces, une suture bien faite, me paraissent les meilleurs hémostatiques. Dans les cas où ils sont insuffisants, c'est au tamponnement que j'aurais recours. Cette hypertrophie du seul lobe moyen dans certains cas rares et bien déterminés me paraît nettement indiquer la voie haute.

Pour tous les autres cas, c'est à la voie périnéale, la voie périnéale pure sans incision transano-rectale, que je donnerais la préférence. Bien qu'elle ait été indiquée, décrite et pratiquée par nombre de chirurgiens, il faut reconnaître que Baudet d'une part, Proust et Gosset de l'autre, ont précisé dans cette technique opératoire nombre de faits intéressants. La technique de Baudet et Quénu a été suivie par M. Adenot; je crois qu'actuellement je suivrais plus volontiers celle de Proust et Gosset. L'incision en λ ou l'incision elliptique à concavité droite pratiquée, le rectum fortement récliné, la face postérieure de la prostate bien mise à nu et le culde-sac péritonéal reconnu et refoulé, l'ablation de la prostate peut être sus- ou sous-capsulaire, avec ou sans résection de l'uretère. M. Adenot a suivi la méthode sous-capsulaire, et c'est la voie d'élection toutes les fois qu'elle est praticable.

Là encore, l'hémorragie peut être abondante — mais elle est

veineuse et vite arrêtée — c'est une pluie d'orage, et on est vraiment étonné de la facilité avec laquelle on isole souvent la prostate. L'adhérence à la capsule est très variable. M. Adenot a été frappé, dans ses opérations, de cette simplicité; elle n'est malheureusement pas la règle absolue. En tout cas, l'hémostase parfaite après suture est une condition de succès sur laquelle nous ne saurions trop insister.

Je passe sur la réparation du périnée pour discuter une proposition que nous fait M. Adenot. La dérivation de l'urine étant un facteur adjuvant incontestable de la suture périnéale ou urétrale, doit-on faire une cystostomie sus-pubienne, comme premier acte chirurgical de la prostatectomie?

Nous savons tous combien l'école lyonnaise adopte facilement l'incision vésicale ; nous ne partageons ses opinions que dans une faible mesure. Je crois qu'il y a vraiment une exagération à vouloir cystotomiser par en haut avant d'extirper par en bas, surtout quand l'extirpation ne s'adresse qu'à la glande et ne touche pas le canal; le haut appareil n'est guère applicable qu'aux hypertrophies bien localisées au lobe médian. La sonde à demeure, à part quelques cas spéciaux, suffira à l'étanchéité parfaite des sutures.

Resterait la question des résultats thérapeutiques de cette opération. Les observations étrangères rapportées par notre collègue Pousson et par Desnos, les faits de Proust, d'Audry sont intéressants, encourageants, mais encore insuffisants, comme durée, pour résoudre cette question capitale. Mon premier malade, opéré en 1892, est absolument bien portant. Il a eu un enfant deux ans après son opération. A ses dernières nouvelles, sa miction était normale et parfaite; c'est à un résultat que je tenais là signaler, l'opération datant de neuf années. Mon dernier opéré l'est depuis trop peu de temps pour entrer en ligne de compte ici. Des deux opérations pour simple hypertrophie de M. Adenot, l'une date de trois mois, l'autre de deux ans. Les deux malades ont retiré grand bénéfice de l'intervention, puisqu'ils urinent normalement et qu'ils sont en parfait état de santé. Tous ceux qui ont écrit sur ce sujet ont mis en relief l'importance de l'état du muscle vésical avant l'opération, de l'âge des malades ; il est certain que nombre de facteurs pathologiques doivent être étudiés avant d'entreprendre une ablation de la prostate. Nous en sommes actuellement à la période d'enregistrement des faits. C'est pourquoi je vous apporte ici les observations de M. Adenot et les miennes. Je vous propose d'adresser des remerciements à notre collègue de Lyon, et je vous demande de l'inscrire en rang honorable lors de nos élections au titre de membre correspondant de notre Société.

Présentations de malades.

De l'immobilisation des fractures de jambe dans l'abduction de la cuisse avec flexion de la jambe.

M. Quénu. — Je présente un malade atteint d'une fracture oblique de jambe avec difficultés de réduction, qui entra dans mon service le 20 juillet dernier.

Au lieu de recourir à la réduction sous le chloroforme ou à l'extension continue, j'employai un procédé de réduction et de contention qui m'a déjà rendu des services depuis plusieurs années. Je plaçai la cuisse dans l'abduction avec flexion de la jambe, à peu près à angle droit. Un appareil plâtré fut appliqué dans cette position et laissé un mois (1).

Au bout de cette période, l'appareil est levé et la jambe mise en extension dans un second appareil plâtré.

Le 21 septembre, soit deux mois après l'accident, tout appareil fut enlevé et le malade commença de marcher. Raccourcissement de 1 cent. 1/2, marche facile. La radiographie montre une fracture esquilleuse et une réduction satisfaisante des fragments.

Ce petit procédé de l'attitude peut rendre de grands services parce qu'il est facile à réaliser en dehors de tout appareil et de plâtre. Il met en relâchement tous les muscles qui agissent sur le fragment inférieur, spécialement le triceps sural ; il tend également le quadriceps fémoral et ses analogues, les muscles ischio-tibiaux et péroniers, qui, du reste, n'agissent que sur l'extrémité supérieure des deux os de la jambe. Sans vouloir le conseiller systématiquement pour tous les cas; je crois pouvoir le recommander dans les fractures obliques difficiles à réduire et à coapter, qui, jusqu'ici, ont été traitées par des appareils externes assez compliqués, chariots, etc. Je ne prétends pas, du reste, en être l'inventeur, n'ayant pas fait de recherches bibliographiques dans ce sens.

M. Félizet. — Le résultat obtenu par M. Quénu est très bon, car dans ces fractures avec chevauchement et saillie la correction n'est pas toujours facile à obtenir.

Voici comment je procède dans ces fractures avec chevauche-

(1) L'attitude est moins gênante qu'elle peut sembler et est très bien supportée par les malades.

ment. Je mets le membre dans une attelle plâtrée, en corrigeant le mieux possible la déformation. Au bout de huit jours, lorsque les phénomènes réactionnels du foyer de la fracture sont éteints, je divise avec une scie l'appareil plâtré dans son milieu, obliquement par rapport à son grand axe, et je transforme ainsi la gouttière unique en deux demi-gouttières, l'une inférieure répondant au pied, l'autre à la partie supérieure de la jambe. Sur la partie inférieure de l'appareil plâtré, j'exerce une traction au moyen de liens élastiques, et, la partie antérieure de la jambe étant découverte, je fixe mes doigts sur le biseau. Je vois alors sous mes yeux s'écarter de 3 ou 4 centimètres les deux valves plâtrées, pendant que la palpation me montre que la réduction se fait et que les os se remettent bout à bout.

Lorsque la coaptation est parfaite, je place une nouvelle pièce plâtrée dans l'intervalle des deux autres, surprenant ainsi le membre dans l'attitude définitive qu'il doit garder.

J'ai trois faits de réduction ainsi obtenue qui m'ont donné toute satisfaction.

M. Delorme. — Je ne veux pas contester la valeur de la méthode que préconise M. Quénu, mais dans l'intérêt même de cette méthode je crois qu'il serait bon que notre collègue en étayât l'importance sur le vu, par nous, de plusieurs malades présentant des fractures d'une contention plus difficile que celle de la fracture de ce blessé. Ainsi que l'indiquent les radiographies, il s'agissait en effet d'une fracture presque transversale, très légèrement oblique, avec une esquille (fracture du Messerer), c'est-à-dire d'une réduction et d'une contention faciles par n'importe quel procédé.

M. Poirier. — Le résultat présenté par Quénu est bon; il est suffisant : toutefois, ce n'est pas l'idéal; le blessé garde, nous dit-il, un raccourcissement de un centimètre et demi environ; et l'on peut constater sur la radiographie une incurvation légère de l'arc de la jambe avec un peu de chevauchement des fragments.

Je prendrai occasion de ce cas pour manifester ma surprise que nous n'ayons pas plus souvent recours dans le traitement des fractures à des moyens plus efficaces, donnant des résultats meilleurs. Je veux parler de la réduction après incision, sous l'œil, suivie de suture des os.

Il y a quelques mois, Tuffier a appelé l'attention de la Société sur ce sujet : j'ai goûté sa communication, d'autant que j'avais eu déjà plusieurs fois recours à la conduite qu'il préconisait. Je ne

citerai qu'un cas dans lequel j'ai obtenu par l'ouverture suivie de suture un résultat parfait. Il s'agissait d'une dame dont la jambe avait été fracturée avec esquilles vers la partie moyenne, par le choc d'un tricycle lancé à toute vitesse. Cette personne avait été traitée dans mon service par le chirurgien des hôpitaux qui me remplaçait : la réduction avait été faite, sous le chloroforme je crois, et un appareil plâtré appliqué.

Quand je repris le service quelques jours après (Pàques 1900), une radiographie faite à la prière du mari le lendemain de l'application de l'appareil, montra que la réduction n'avait point été complète, qu'il subsistait un certain chevauchement des fragments et que ceux-ci formaient un angle très obtus ouvert en avant. La femme était jeune, désireuse d'un résultat parfait. Avec l'assentiment et l'assistance de mon jeune collègue, j'ouvris, je réduisis et suturai. Le résultat fut parfait.

Je pense qu'avec la sécurité donnée par l'antiseptie nous devons devenir plus exigeants dans les résultats du traitement des fractures; que notre devoir est de chercher la restitution *ad integrum*. Pour ma part, si demain je me cassais la jambe et qu'on éprouvât la moindre difficulté pour obtenir et maintenir la réduction, je prierais l'un de vous d'ouvrir, de réduire, de suturer et d'immobiliser. Je ne tiens pas à allonger la série des éclopp és qui souffrent toute leur vie d'une fracture incomplètement réduite. C'est d'ailleurs ce qui se pratique dans mon service pour les fractures dans lesquelles la réduction complète et la contention parfaite présentent quelques difficultés.

M. Berger. — La question du traitement des fractures par la méthode sanglante ne saurait s'engager ici à propos d'une présentation de malade dont la fracture a été traitée par un appareil.

Je suis très satisfait d'entendre M. Poirier se faire le défenseur des idées que j'ai émises. L'an dernier j'étais seul à les proposer et à les défendre, nous voici deux.

M. Tuffier. — Je regrette que M. Quénu ne nous ait pas apporté ici des radiographies, l'une avant la coaptation par son appareil, l'autre après. Ce terme de comparaison est indispensable pour juger le résultat obtenu. Je vois ici en effet la fin du traitement, mais il ne m'est pas permis de juger du résultat qu'il a produit.

Quand je vous ai montré mes résultats, j'ai pris la peine de faire faire nombre de radiographies avant et après le traitement. J'ai donc le droit d'exiger une étude aussi précise de la part de mes contradicteurs et de leur répéter : au lieu de regarder la peau

quand vous réduisez ou croyez réduire une fracture, regardez donc un peu les os, cela est plus utile.

M. Quénu. — J'aurais voulu, moi aussi, vous apporter une radiographie, avant et après le traitement. Mais est-il possible, avec l'organisation actuelle de nos hôpitaux, qui ne comportent pas tous une installation radiographique, de faire promener un fracturé dans les rues de Paris, de l'envoyer de Cochin à Necker. Il y a là une question d'humanité et c'est pour ce motif que je n'ai pu vous présenter une radiographie avant le traitement.

D'ailleurs je n'ai pas voulu établir de discussion et de parallèle entre la méthode sanglante et la méthode des appareils. J'ai simplement désiré vous démontrer qu'avec un procédé simple, à la campagne, sans aide, on pouvait guérir cette variété de fractures dans des conditions satisfaisantes.

Un centimètre et demi de raccourcissement fait conclure à M. Poirier que ce n'est pas un beau résultat, mais n'est-il pas classique d'admettre qu'un raccourcissement aussi minime ne compromet en rien le rétablissement fonctionnel du membre? Et en effet, ce qui gêne la marche, ce n'est pas tant ce raccourcissement insignifiant que l'état des muscles et des articulations.

M. Poirier. — Quénu me prête gratuitement une opinion que je n'ai point émise. J'ai dit et je répète mot à mot : « Le résultat présenté par Quénu est bon; il est suffisant; toutefois ce n'est pas l'idéal. » Je persiste à le penser, et dussé-je encourir les foudres présidentielles, je ne puis me repentir d'avoir rappelé l'attention de la Société sur les moyens qui peuvent nous donner dans les fractures difficiles à réduire des résultats infiniment supérieurs aux résultats, souvent pitoyables, fournis par les meilleurs appareils appliqués par les mains les plus habiles.

M. Tuffier. — Il est incompréhensible qu'à Paris il n'y ait pas un laboratoire de radiographie dans chaque hôpital, quand on voit le moindre service des hôpitaux de province et de l'étranger être pourvu de ces moyens d'investigation qui vraiment sont indispensables à la sécurité des malades.

M. Berger. — La Société de chirurgie tout entière s'associe au desideratum exprimé par MM. Quénu et Tuffier.

M. Quénu. — Puisque nous sommes tous d'accord sur cette

question, pourquoi, dans un vote, ne manifesterions-nous pas nos regrets de voir nos services et nos malades privés de ce précieux moyen de diagnostic.

M. Broca. — Cette revendication est toute légitime et je pourrais vous citer le cas de mon service à Tenon, où l'installation radiographique n'existe pas. Je suis obligé de m'adresser ailleurs, et dans des conditions très défectueuses. Je pense donc avec vous tous qu'il est indispensable, pour le bien des malades, qu'il y ait un laboratoire de radiographie dans chaque hôpital.

M. Bazy. — La Société de chirurgie à le droit et le devoir d'émettre un vœu dans ce sens.

M. Berger. — Je mets aux voix la proposition suivante : « **La Société de chirurgie exprime le regret que, tant dans l'intérêt des malades qu'au point de vue scientifique, il n'y ait pas, dans chaque hôpital, d'installation radiographique.** »

Le vœu est adopté à l'unanimité des voix.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Un mémoire pour le prix Laborie, avec la devise :

L'espoir, il est vrai, nous soulage
Et nous berce un temps notre ennui,
Mais, Philis, le triste avantage
Lorsque rien ne vient après lui !

2°. — Un mémoire pour le prix Gerdy, portant la devise : *Vires acquiret eundo.*

3°. — Un mémoire pour le prix Laborie, portant la devise : *Fac et Spera.*

4°. — Deux lettres, l'une de M. Segond, l'autre de M. Schwartz, tous deux empêchés, qui s'excusent de ne pas assister à la séance.

5°. — Un rapport du Dr Eugène Giss, sur *un cas d'écoulement de quantités énormes de liquide rachidien par suite d'un coup de couteau à travers la colonne vertébrale.* Renvoyé à M. Demoulin, rapporteur.

6°. — Un mémoire de M. le Dr Pacheco-Mendès, de Bahia (Brésil), sur *un nouveau fil résorbable* (M. Lejars, rapporteur).

A propos de la correspondance.

M. Ricard. — M. Jeannel (de Toulouse) m'écrit que l'opinion que je lui ai attribuée, d'après M. Tailhefer, n'est pas sienne, et que dans les cas de sclérose thyroïdienne il est partisan de l'extirpation partielle.

M. Tuffier dépose sur le bureau le *Traité de médecine opératoire* de M. le professeur Kallionzis (d'Athènes). Le secrétaire général est chargé de remercier le Dr Kallionzis.

M. Delens dépose sur le bureau un travail de M. E. Rolland (de Toulouse) intitulé : *Myope et Bossu par flexion de la tête pendant la lecture.*

A propos du procès-verbal.

La prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie de la prostate.

M. J. Albarran. — Dans le rapport que M. Tuffier nous a lu sur les observations de M. Adenot, il est question du traitement opératoire du cancer et de l'hypertrophie de la prostate. Je ne discuterai pas ce qui concerne le cancer prostatique, me limitant à dire, puisque Tuffier ne le dit pas, que les extirpations sous-capsulaires, trop incomplètes, ne sont pas indiquées dans ces cas ; la récidive est à craindre comme dans l'observation de M. Adenot. Dans des conditions semblables, il faut pratiquer une large intervention qui enlève toute la portion prostatique de l'urètre, telle qu'on peut la faire par le procédé de Proust avec suture vésico-urétrale.

Je vois dans le rapport quelque confusion entre les prostatectomies pratiquées contre l'hypertrophie de la prostate par la voie sus-pubienne et par la voie périnéale. Ce sont choses distinctes et qui doivent être envisagées séparément.

Une des observations de M. Adenot est une prostatectomie sus-pubienne, et la même opération a été pratiquée par M. Tuffier dans celle de ses deux opérations qu'il fit en 1892. Je passe rapidement sur ces cas qui sont sans grand intérêt, puisque, depuis Mac Gill on peut réunir plus de 400 prostatectomies sus-pubiennes. En France, la première de ces opérations fut faite en 1890 par mon maître Guyon. En Angleterre et en Amérique on fait encore fréquemment l'opération sus-pubienne, mais, de plus en plus, l'opération devient large et on s'efforce, avec Fuller, d'enlever toute la prostate. En France, Desnos et Pousson ont surtout fait

la prostatectomie sus-pubienne. Moi-même j'ai fait sept de ces opérations, dont six succès immédiats et une mort.

J'ai abandonné la voie sus-pubienne, parce qu'elle est grave et souvent insuffisante. Les meilleures statistiques donnent une mortalité opératoire de 10 à 15 p. 100. Les échecs thérapeutiques sont très nombreux et souvent on voit, après une courte amélioration, les symptômes revenir; c'est dire que la récidive est fréquente.

J'en viens à la prostatectomie périnéale. La deuxième opération de M. Adenot, qui a été faite par le procédé de Nicoll, appartient à cette catégorie.

Si j'ai bien compris M. Tuffier, on peut dégager de son travail les propositions suivantes :

1° Les indications de la prostatectomie (par les deux voies) sont très rares puisqu'en neuf ans notre collègue n'a trouvé cette indication que deux fois.

2° Lorsque la contractilité vésicale est très faible, il ne faut pas opérer.

3° La voie haute, sus-pubienne, est indiquée pour extirper le lobe médian.

4° Dans les autres cas il faudrait employer la voie périnéale avec suture parfaite de l'urètre.

Je vais discuter ces différents points. Pour moi l'indication de la prostatectomie, et de la prostatectomie périnéale seule, est très fréquente. Il y a un an et demi, dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, je soutenais que, lorsque la prostate avait acquis un certain volume, l'opération était indiquée dans tous les cas à la première période; qu'elle l'était encore dans les rétentions chroniques incomplètes ou complètes aseptiques, ou lorsque les urines étaient peu infectées. Je vais plus loin aujourd'hui et, dans l'hypertrophie prostatique, je ne cherche plus l'indication mais bien la contre-indication opératoire. Les principales de ces contre-indications sont : le trop grand âge du malade, lorsque le sondage est facile; les suppurations périprostatiques ou périvésicales étendues; les lésions rénales doubles graves; la cachexie urinaire avancée ou le mauvais état général tenant à d'autres causes.

Si je suis devenu si interventionniste c'est parce que, en opposition avec une maladie qui, comme l'hypertrophie de la prostate, donne des ennuis sans fin et occasionne les plus grands dangers, se trouve une opération qui n'est pas grave et qui donne de brillants résultats thérapeutiques.

Par des procédés différents on a beaucoup opéré en Angleterre à la suite de Nicoll et en Amérique après Pye et Alexander; dans les autres pays les opérations sont rares et en France on ne compte guère que trois observations de Tedenat avec une mort, trois qui

me sont personnelles, celles de Roux, de Jaboulay et d'Adenot. L'ensemble de ces opérations montre que très peu de malades sont morts, que la plupart ont donné de bons résultats opératoires, mais, en somme, la lecture des observations n'entraîne pas la conviction.

Depuis le mois d'avril j'emploie une technique opératoire qui consiste à enlever la prostate par un morcellement sous-capsulaire méthodique en laissant une boutonnière périnéale temporairement ouverte après l'opération. J'emprunte à Nicoll la voie sous-capsulaire et je prends dans le procédé si bien réglé de Gosset et Proust l'hémisection de la prostate. J'ai décrit ailleurs en détail ma manière d'opérer que je résumerai ainsi : la vessie est remplie d'une solution antiseptique et on met dans l'urètre une sonde métallique ayant à peu près la courbure d'un lithotriteur et présentant une cannelure sur la convexité. Incision bi-ischiatique simple; décollement du rectum, qu'on rejette en arrière par une valve automatique, sans section des releveurs, à moins de trop grande étroitesse du champ opératoire. Incision longitudinale de la capsule prostatique et décollement de la glande poussé aussi loin que possible. Section longitudinale de la prostate dans l'étendue de 3 à 4 centimètres à partir de son bec, sans couper complètement la glande en deux ni entamer le col vésical. Extirpation par morcellement de chaque moitié de la partie antérieure de la glande. Enlèvement de la partie postérieure qu'on fait saillir avec l'index gauche introduit dans la vessie. S'il existe un lobe médian, éversion du col, incision de la muqueuse vésicale sur la saillie et extirpation de dedans en dehors de ce lobe, qu'on peut réséquer s'il est pédiculé. Résection longitudinale de la portion excédente de l'urètre prostatique. Suture partielle de l'urètre, qui reste ouvert en avant pour laisser passer un drain vésical. S'il existe des lambeaux capsulaires flottants, les réséquer. Bourrage de la plaie simplement rétrécie de chaque côté par un ou deux points cutanés.

Je disais que la prostatectomie péritonéale n'est pas grave ; en voici la preuve : j'ai fait, y compris mes deux cas anciens, dix-huit prostatectomies périnéales sans avoir perdu aucun malade. Cette bénignité opératoire est d'autant plus remarquable que tous mes malades étaient infectés; chez beaucoup l'urine était très purulente ; trois d'entre eux avaient de la pyélo-néphrite, chez plusieurs l'état général était mauvais. Malgré ces conditions, quoique l'âge moyen de mes malades fût de soixante-trois ans (j'en ai même eu deux âgés de soixante-treize ans) et que souvent j'aie rencontré de sérieuses difficultés opératoires, les résultats immédiats ont toujours été bons.

Les résultats thérapeutiques sont des plus remarquables. Voici ce qui concerne mes seize opérés récents.

Un de mes malades, parti trop tôt de l'hôpital, avec sa plaie encore ouverte, a été perdu de vue; quatre sont trop récemment opérés pour entrer en ligne de compte. Sur les onze autres malades il en est trois, opérés depuis peu, dont la plaie périnéale n'est pas encore fermée complètement; tous trois vident déjà complètement leur vessie par la verge. Les huit autres sont guéris, j'entends qu'ils vident complètement et spontanément leur vessie sans aucune difficulté.

Sur ces onze malades, deux avaient des rétentions complètes récidivantes datant de quinze et dix-sept jours; cinq étaient atteints de rétention chronique incomplète avec résidu variant de 150 à 500 grammes; quatre avaient de la rétention complète et n'urinaient plus une goutte spontanément depuis huit mois, un an, un an et demi et cinq ans.

Chez tous ces malades la vessie se vide, les urines sont ou très claires ou absolument limpides et l'état général s'est modifié à rendre méconnaissable quelques-uns d'entre eux. Les plus anciens résultats datent de six mois et de quatre mois.

Les succès que j'ai obtenus me paraissent justifier les indications que j'ai posées.

M. Bazy. — Je ne veux pas jeter une douche sur l'enthousiasme manifesté par notre collègue à propos de la prostatectomie.

C'est parce qu'il est venu nous parler des résultats thérapeutiques que je prends la parole, et je me dis alors que nous ne devons pas oublier que le même enthousiasme, il l'a manifesté à propos de la castration, de la résection du cordon et même de celle du canal déférent : on sait que toutes ces opérations commencent à entrer dans l'oubli; et elles aussi avaient donné des résultats parfaits; ils paraissent n'avoir été que transitoires.

Les opérations de M. Albarran ne datent que de six mois, du mois d'avril; ce laps de temps ne me paraît pas suffisant pour juger d'un résultat thérapeutique.

Pour mon compte je ne peux m'empêcher d'avoir présent à l'esprit un malade qui est en ce moment en traitement, pour un calcul phosphatique, à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu, et à qui j'ai enlevé, il y a douze ans, par taille hypogastrique, une bonne partie de la prostate : le résultat a été bon tout d'abord; mais peu à peu sa vessie a recommencé à ne plus fonctionner, et depuis deux ans environ il ne peut uriner que par la sonde.

Enfin je me demande comment on pourrait faire pour certaines opérations dans lesquelles une intervention est le plus indiquée, et

peut même devenir urgente, je veux parler des cas où la prostate fait dans l'intérieur de la vessie une saillie analogue à celle d'un gros col utérin, et dans lesquels la saillie en avant du col est au moins aussi grande que celle qui existe en arrière et qui donnent lieu à des hémorragies inquiétantes.

J'aurais pu vous apporter une photographie représentant un cas de ce genre, si j'avais su que la question dût venir en discussion.

Dans tous les cas, il y en a un cas représenté dans nos bulletins, si je ne me trompe; il est dans les Annales des organes génito-urinaires à propos des calculs enchatonnés. Un calcul, en effet, était logé entre la prostate et la paroi antérieure de la vessie, où mon lithotriteur le sentait, mais ne pouvait le saisir.

En résumé, j'estime qu'il faut, avant de parler des résultats thérapeutiques, attendre encore quelque temps.

M. Routier. — Je ne veux qu'ajouter un mot aux réflexions de mon collègue et ami Bazy, pour dire que je partage ses craintes. Tout à l'heure, quand M. Albarran parlait, je me prenais à regretter que cette opération idéale, la prostatectomie périnéale, n'eût pas été connue pendant les sept ans que j'ai dirigé le service Civiale; mais je me rappelais aussi les diverses opérations proposées contre l'hypertrophie prostatique, depuis la castration jusqu'à la résection du canal déférent, sans parler de la prostatectomie sus-pubienne, toutes opérations qui devaient guérir, qui guérissaient cette infirmité.

Le temps a fait son œuvre; nous savons aujourd'hui ce que valent ces opérations. N'est-il pas à craindre que la prostatectomie périnéale n'aille tôt ou tard les rejoindre, car il ne faut pas oublier que, dans le prostatisme, il n'y a pas qu'un seul facteur, la prostate; il y a aussi, comme le disait Civiale, la paralysie, l'atonie vésicale. Je le répète, je crains que notre collègue Albarran n'ait fait la part trop belle à cette opération; le temps nous dira seul sa valeur.

Je dirai, en passant, que j'ai rencontré, comme M. Bazy, un cas de prostate hypertrophiée en entier, et un calcul caché en avant du lobe antérieur, et pour lequel, comme lui, je dus recourir à la taille.

M. Albarran. — Dans les critiques de M. Bazy, il y en a une qui me paraît juste. Je ne montre pas des résultats éloignés et on pourrait craindre que je n'aie pour la prostatectomie périnéale un engouement comparable à ceux qui ont suivi les premières opérations de castration, etc. En fait de résultat éloigné je ne puis donner que celui d'un de mes deux premiers opérés, le seul dont

j'aie des nouvelles : j'ai pratiqué dans ce cas l'opération il y a un an et demi en suivant la technique de Baudet. Avant l'opération, le résidu vésical variait de 150 à 180 grammes, actuellement ce malade vide sa vessie. Je pense que dans mes nouveaux cas les résultats obtenus se maintiendront et que je n'aurai pas les déceptions données par les autres méthodes, parce que, contrairement à ce que l'on faisait par les opérations sur l'appareil génital ou par la taille haute, j'ai enlevé complètement l'obstacle à la miction formé par la prostate. D'ailleurs on n'a jamais présenté, pour aucune méthode thérapeutique dans l'hypertrophie de la prostate, un ensemble de cas comparable au mien.

M. Bazy nous dit que l'opération s'adresse aux cas qui en ont le moins besoin, et pense qu'elle ne peut rien contre les saillies médianes antérieures dans les hypertrophies circulaires. Je dois faire remarquer que cette forme d'hypertrophie est fort rare, et que, dans la très grande majorité des cas, la prostate se développe en arrière et sur les côtés. Par l'opération périnéale on peut d'ailleurs enlever non seulement les lobes latéraux et médian, mais même les parties antérieures de la glande : j'ai fait cette démonstration chez un de mes malades opérés samedi dernier en présence de plusieurs membres de la Société d'Urologie.

M. Bazy. — Si j'ai pris la parole, c'est parce qu'il a été parlé ici des résultats thérapeutiques. Or, six mois ne suffisent pas pour prononcer ce mot; presque toutes les autres méthodes opératoires ont donné des résultats analogues et plus prolongés : or ils ne se sont pas maintenus.

Si j'ai parlé en outre de cas d'hypertrophie de la portion antérieure de la prostate, c'est que, dans la description du procédé, je n'ai pas vu décrite l'ablation de cette partie antérieure.

Enfin, il ne faut pas oublier, et il est moral de le dire aux malades, que l'opération leur coupe les canaux déférents, et qu'ils devront dès lors renoncer à être féconds.

Je ne sais pas dans quel état était le muscle vésical dans les cas opérés par M. Albarran. Mais il ne faut pas oublier que les cas où la vessie est le plus distendue sont ceux où la prostate est le plus petite. On peut voir dans l'atlas des maladies des voies urinaires de F. Guyon et P. Bazy une vessie énorme avec deux cellules vésicales; or la prostate est un petit nodule. Ces cas correspondent à l'*atonie* vésicale primitive de Civiale. Entre ces cas d'atonie sans prostate et de prostate plus ou moins grosse avec intégrité du muscle vésical, il y a tous les intermédiaires, dont il faudra tenir compte.

M. Albarran. — Je vous ai parlé de mes observations pour vous montrer, contrairement à ce que l'on croit, que la prostatectomie périnéale n'est pas grave. Je sais bien qu'il existe des rétentions d'urine sans hypertrophie de la prostate : les malades dont je vous parle aujourd'hui étaient des prostatiques avec rétention d'urine, et je les ai guéris. Ils éprouvaient des difficultés plus ou moins grandes de la miction, ou depuis longtemps ils ne pouvaient plus uriner; chez plusieurs, lorsqu'on les sondait, l'urine s'écoulait en bavant par la sonde et la contractilité vésicale mesurée au manomètre était très faible : ces malades pissent maintenant facilement, et ils vident leur vessie. La contractilité vésicale, qui avait disparu ou était très affaiblie, est revenue. Je pense que dans ce phénomène remarquable, le retour de la miction spontanée, il faut, à côté de la part qui revient à l'obstacle mécanique, faire intervenir des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie de la contractilité vésicale.

Rapports.

Luxation de l'astragale. Extirpation. Résultat fonctionnel éloigné, par le Dr Brossard, chirurgien de l'hôpital français du Caire.

Rapport par M. C. WALTHER.

Le Dr Brossard (du Caire) a adressé à la Société une observation dont vous avez bien voulu me confier l'analyse, observation donnant avec des détails précis le résultat fonctionnel éloigné d'une extirpation de l'astragale, faite pour une luxation traumatique.

Le sujet qui fait objet de cette observation est une femme de quarante-deux ans, de très bonne santé habituelle, ne présentant aucun stigmate de rhumatisme, de goutte, de tuberculose ni de syphilis.

Le 10 septembre 1897, sa voiture est renversée par un tramway; elle est, avec une de ses filles, violemment projetée sur le sol. Aussitôt, malgré la très vive douleur qu'elle ressent dans le pied droit, croyant sa fille grièvement blessée, elle se relève, fait quelques pas, prend l'enfant dans ses bras, mais retombe évanouie. Après de vains efforts de réduction, le pied est simplement maintenu dans un pansement.

M. Brossard est appelé à voir la malade un mois après l'accident et constate un gonflement considérable du pied, un élargissement de l'espace bimalléolaire. La tuméfaction des parties molles ne lui permet pas de se rendre un compte exact de l'état des malléoles. Mais, sur le dos du pied, au niveau de l'articulation

astragalo-scaphoïdienne, la peau ulcérée laisse saillir une extrémité articulaire qui n'est autre qu'une partie de la tête de l'astragale luxé en dehors et en haut.

L'extirpation de l'astragale, acceptée par la malade, est pratiquée le 10 novembre. L'opération ne présente rien de particulier. L'incision externe curviligne, après large abrasion des parties ulcérées, permit de libérer à la rugine et au détache-tendon et d'enlever l'astragale. En examinant l'os extirpé, M. Brossard s'aperçoit qu'une fracture verticale a détaché un fragment de 4 ou 5 millimètres d'épaisseur sur la face postéro-interne de l'os, dans la région correspondant à la gouttière articulaire tibiale. Avec la curette et le détache-tendon, ce petit fragment adhérent au ligament latéral interne est enlevé presque complètement.

Les suites de l'opération furent très simples. Au bout de quatre mois la malade marchait bien avec une canne. Six mois plus tard elle laissait sa canne et portait seulement un soulier orthopédique sans talon, à tuteurs latéraux.

Je vous présente ici l'astragale extirpé : vous pouvez voir, à l'angle postéro-interne de l'os, la brèche correspondant au fragment arraché. Ce fragment comprend une partie de l'insertion du ligament latéral interne et le bord de la surface articulaire.

Le plus grand intérêt de l'observation est dans les constatations que M. Brossard a pu faire plus de deux ans et demi après l'opération.

L'opérée peut vaquer sans fatigue à ses occupations; la marche n'est pas douloureuse et s'exécute sans claudication ; la descente d'un escalier seule provoque une légère douleur. L'opérée, par mesure de précaution, conserve son soulier orthopédique, bien que la marche pied nu se fasse presque aussi facilement.

Le pied est peu déformé, ainsi que le montre le moulage que nous a envoyé M. Brossard avec son observation. La cicatrice, lisse, régulière, faite de peau saine, n'est nullement douloureuse. Au niveau de l'ancienne articulation astragalo-scaphoïdienne, la peau est déprimée en un sillon profond d'un centimètre environ, dont les bords ne se touchent pas, même dans l'extrême flexion.

L'articulation nouvelle est solide, n'a pas de mouvements de latéralité; l'extension et la flexion forcées sont un peu douloureuses; les mouvements normaux ne le sont pas.

La voûte plantaire est évidemment abaissée, mais le pied n'est pas plat. Voici les empreintes comparatives des deux pieds : vous pouvez voir qu'il n'y a guère de différence entre l'appui du pied sain et celui du pied opéré; le bord interne du pied ne touche pas le sol.

Je vous présente enfin deux radiographies, faites le pied reposant sur la plaque par sa face interne. Entre le tibia et le calca-

néum, ce n'est pas une masse transparente, comme le serait du tissu fibreux, qui comble le vide laissé par l'extirpation de l'astragale : « Il semble, comme nous le dit M. Brossard, qu'un noyau ostéo-fibreux, dont on aperçoit le contour accusé se profilant sur le calcanéum, ait remplacé l'os absent, et il est logique de penser que, dans cette régénération, le rôle principal a dû revenir aux couches parostales, périostiques ou cartilagineuses, appartenant au fragment détaché de l'astragale que je regrette aujourd'hui d'avoir peut-être trop traité en ennemi. »

Il est certain qu'on trouve entre le tibia et le calcanéum le profil d'une zone opaque, mais il semble difficile d'affirmer quelle part a pris dans cette formation le mince fragment d'astragale laissé contre le ligament latéral interne.

Quoi qu'il en soit, le résultat de l'intervention de M. Brossard est excellent, comme en témoignent le moulage du pied et les empreintes plantaires.

Ce résultat est-il dû à la présence de cette masse osseuse? Je ne puis partager à cet égard l'opinion de M. Brossard. Il est certain qu'après l'extirpation totale de l'astragale, on observe un aussi complet rétablissement des fonctions, un appui aussi solide, une conservation comparable de la voûte plantaire.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à M. Brossard pour son intéressante observation, et de conserver son travail dans nos archives.

M. Quénu. — M. Brossard a-t-il signalé la position de la tête de l'astragale par rapport au ligament en Y?

Il ne faut pas faire jouer un grand rôle à cette petite languette osseuse conservée. Mes collègues et moi avons présenté des malades chez lesquels l'astragale a été complètement extirpé avec des résultats excellents, et certainement le succès opératoire est absolument indépendant du maintien de cette portion osseuse.

M. Berger. — Je note sur la pièce qui nous est présentée une particularité intéressante. Ce qui a été arraché, c'est une notable partie de la face interne de l'astragale, et cela par l'action du ligament latéral interne.

Je crois, comme M. Quénu, qu'il ne faut faire jouer aucun rôle, au point de vue du bon résultat fonctionnel, à la conservation de ce petit fragment osseux. Il pourrait même être très fâcheux qu'une portion osseuse restât interposée entre les surfaces articulaires.

L'extirpation de l'astragale n'est pas toujours nécessaire, et dans certains cas de luxation *par retournement*, j'ai pu réduire l'astragale et obtenir de bons résultats fonctionnels.

M. Kirmisson. — Quel était l'âge de la blessée?

M. Walther. — Quarante-deux ans.

M. Kirmisson. — Dans la radiographie qui est sous vos yeux, il y a évidemment un noyau osseux conservé entre le tibia et le calcanéum. Cet os a pu être utile pour le maintien en bonne attitude du pied sur les os de la jambe, et étant donné l'âge de la malade, je crois plutôt à une portion osseuse conservée qu'à une reproduction osseuse.

M. Walther. — Je ne puis donner à M. Quénu aucun renseignement sur les rapports de la tête de l'astragale avec le ligament en Y. L'observation est muette sur ce point. J'ai signalé dans mon rapport l'arrachement de l'insertion du ligament latéral interne sur lequel insiste très justement M. Berger. Je ne pense pas, moi non plus, comme je l'ai déjà dit, qu'on puisse attribuer la perfection du résultat fonctionnel à la seule présence de ce noyau osseux visible sur la radiographie, puisque des résultats absolument comparables sont obtenus après l'extirpation complète de l'os. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ce noyau osseux, s'il n'a pas donné un peu plus d'assise au tibia, en tout cas n'a pas été nuisible.

Corps étranger de l'œsophage,
par MM. Sébileau et Lombard.

Rapport par M. LEJARS.

Notre collègue des hôpitaux, M. Sébileau, nous a lu, il y a quelques mois, une intéressante observation d'œsophagotomie externe. Il s'agissait de l'extraction d'un corps étranger, d'un sou, qu'un enfant de trois ans avait avalé, et qui séjournait depuis vingt-quatre jours dans le conduit œsophagien. La radiographie l'avait montré, très bas situé, à la hauteur « du disque qui sépare la dernière vertèbre cervicale de la première dorsale ».

M. Sébileau recourut d'emblée à l'œsophagotomie externe, et le détail des constatations opératoires témoigne amplement du bien-fondé de cette conduite. En effet, la paroi œsophagienne, au contact du corps étranger, était amincie, réduite à la seule muqueuse, toute prête, en un mot, à se fissurer et à se rompre au cours d'une tentative d'extraction par les voies naturelles.

La voie cervicale était tout indiquée par le long séjour du corps étranger, et ces faits d'intervention opératoire ne sont pas très rares. Mais quelques points spéciaux sont à relever, dans l'opération de M. Sébileau.

Tout d'abord, l'auteur nous dit qu'il a pratiqué son incision très bas, et que « toute l'opération s'est déroulée nettement au-dessous de l'écharpe omo-hyoïdienne. Il n'a pas eu à relever le lobe thyroïdien : il manœuvrait au-dessous de lui. Ce sont là d'heureuses conditions, que le volume de la glande thyroïde ne rend pas toujours réalisables ; et, s'il est tout indiqué de faire une incision basse, il est toujours utile de faire une incision longue, en particulier sur certains cous, gros et courts, et de se créer une voie suffisante, en sectionnant, s'il le faut, l'omo-hyoïdien, pour avoir le plus de jour possible.

Le dernier temps de l'opération, la reconnaissance et l'ouverture du conduit œsophagien, est, en effet, toujours un peu complexe ; et M. Sébileau signale, dans son cas, une double difficulté : la carotide primitive était intimement adhérente au côté gauche de l'œsophage, si bien que toute séparation à la sonde cannelée était impossible, et que l'incision du conduit dut être reportée un peu en avant ; de plus, au même niveau, à la hauteur du corps étranger, la paroi œsophagienne était doublée d'adhérences et confondue dans une sorte de gangue inflammatoire qui la rendait méconnaissable ; « il eût été facile, ajoute M. Sébileau, se croyant au milieu d'une zone conjonctive, de dilacérer largement cette paroi, tout en la cherchant ».

Un corps étranger, volumineux et saillant, peut servir de conducteur ; il n'en était pas ainsi chez l'opéré de M. Sébileau. J'ai eu moi-même l'occasion, au cours de deux œsophagotomies externes sans conducteur, d'apprécier cette difficulté spéciale du « temps profond » et cette gêne que l'on éprouve à reconnaître l'œsophage aplati, grisâtre, fusionné avec une sorte de feutrage conjonctif. En pareil cas, la colonne vertébrale et la trachée sont parfois les seules repères utilisables : c'est entre l'une et l'autre, dans cette couche souvent informe qui les sépare, que l'on trouvera le conduit œsophagien, et c'est là qu'il convient d'aller à sa recherche, à petits coups, lentement.

La paroi était trop friable, dans le cas de M. Sébileau, pour permettre autre chose qu'une réunion partielle, il laissa un drain extérieur, et installa la sonde œsophagienne à demeure. Cette conduite lui était imposée par les lésions locales ; il n'est pas douteux que, dans d'autres conditions, la suture complète de la brèche œsophagienne ne soit préférable, et que la sonde œsophagienne à demeure ne présente alors que des inconvénients.

M. Sébileau se trouvait en présence d'autres nécessités : il a pris le parti le plus sage, et il a guéri son petit malade.

Présentations de malades.

Coup de feu ancien de la poitrine par fusil Mauser. Balle logée dans le poumon et extraite après repérage par la radiographie.

M. LOISON. J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. Mignon empêché, le blessé dont je vous ai parlé au point de vue radiographique à la séance du 9 octobre courant.

L'état du sujet, avant et après l'opération, est ainsi décrit par M. Mignon :

« Il ressentait depuis sa blessure une douleur constante à la partie antéro-supérieure du côté droit du thorax, en un point correspondant à l'endroit où nous avons trouvé le projectile. Cette douleur s'exagérait avec la marche, et empêchait le malade de courir. Les forces étaient diminuées et P... éprouvait de ce fait une telle tristesse que son caractère s'était profondément modifié : il était devenu taciturne et sombre, et l'on pouvait craindre un de ces états de mélancolie qu'engendrent les préoccupations persistantes.

« Après l'opération, la guérison s'est faite vite et sans incident. La température est restée normale; la toux a été rare et s'est accompagnée de quelques crachats sanglants. Le premier lever a eu lieu le huitième jour.

« Le résultat de l'intervention a été des plus frappants au point de vue psychique. La tristesse a disparu et nous avons connu des sourires que nous n'avions jamais vus.

« Actuellement la percussion et l'auscultation de la poitrine ne révèlent absolument rien d'anormal. »

Adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale. Ablation de la plus grande partie des tumeurs. Bon résultat éloigné, par le Dr MAUCLAIRE.

Présentation de pièce.

Variété rare de fibrome utérin œdémateux simulant une môle hydatiforme. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

M. LUCIEN PICQUÉ. — Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans atteinte d'une tumeur abdominale à développement rapide et donnant lieu à des douleurs vives. Aucun écoulement vaginal. Pas de cachexie. Pas de troubles menstruels. L'examen démontre

l'existence d'une tumeur en apparence rénitente et impossible à séparer de l'utérus. Comme elle a un siège un peu latéral, je crois à l'existence d'un kyste inclus dans le ligament large.

A l'incision, je constate que la tumeur occupe réellement la cavité utérine. Les annexes sont saines.

A la palpation, je constate qu'il existe du liquide dans la cavité utérine, et l'on sent des masses solides présentant une certaine mobilité.

Persuadé par l'examen clinique qu'il ne pouvait s'agir d'une grossesse, constatant d'ailleurs que les ligaments larges ont leur insertion à la partie inférieure de la tumeur, je pratiquai ces jours-ci une longue incision verticale sur la partie antérieure et moyenne de l'utérus. Je tombai sur la masse que je vous présente et qui est formée de masses séparées tenant à la paroi utérine par des filaments nombreux d'apparence fibreuse. Dès l'ablation de la tumeur, l'utérus est revenu sur lui-même comme à la suite de l'opération césarienne. Je pensai tout d'abord à une môle hydatiforme, et, redoutant à la fois les hémorragies primitives et aussi les transformations possibles en déciduome malin, comme il s'agissait d'autre part d'une femme âgée, je pratiquai l'hystérectomie totale. La malade a guéri.

L'examen pratiqué par M. Macé et contrôlé par M. Durante, dont vous connaissez tous la compétence, enlève à l'observation une partie de son intérêt, puisque je pensais vous présenter une môle ; mais, en démontrant l'existence d'un fibrome œdémateux, ces auteurs nous mettent en présence d'une forme rare et intéressante de fibrome.

Présentation d'instrument.

Sur un nouveau moyen de suture.

M. Richelot présente la note suivante, adressée par M. Auguste Reverdin (de Genève), sur *un nouveau procédé pour enlever les sutures :*

« On a beaucoup écrit sur les diverses manières de placer les sutures, beaucoup moins sur celles de les enlever.

Et cependant cette dernière partie de l'acte opératoire a une réelle importance. Elle est parfois plus difficile que celles qui l'ont précédée. Mal exécutée, elle risque d'amener la désunion de lambeaux qu'on désirait réunir, de faire saigner et d'ouvrir ainsi la porte à l'infection, ou tout au moins de faire inutilement souffrir les malades.

Ayant songé à un moyen fort simple d'éviter ces inconvénients, et l'ayant trouvé bon à l'usage, je me fais un devoir de le faire connaître.

Lorsqu'il s'agit de réunir une plaie de quelque importance,

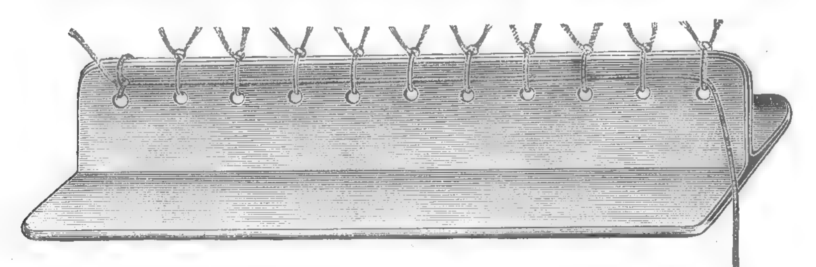


FIG. 1. — Suture entrecoupée.

faire le premier nœud de la suture avec la partie moyenne du fil ; de cette façon, on a deux chefs d'égale longueur, on couche l'un deux parallèlement, et *tout près* d'un des bords de la plaie, de façon qu'il soit forcément compris dans les anses formées par les points de suture qui seront fournis par l'autre moitié du fil.

Lorsque, quelques jours après, il faut enlever les sutures, on saisit l'extrémité du fil qui longe la plaie, et on la soulève de

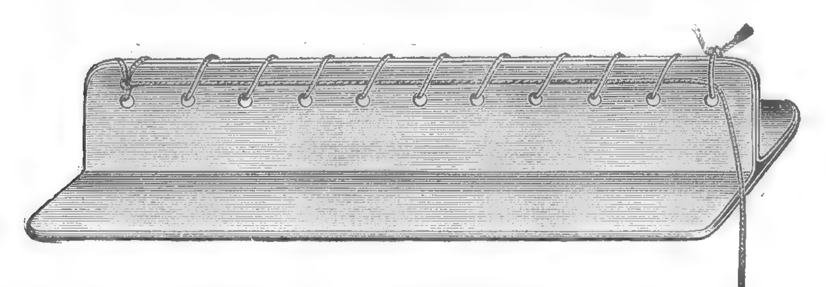


FIG. 2. — Suture en surjet.

façon à faire bâiller le dernier point de la suture. Rien de plus facile, alors, que de passer la pointe des ciseaux sous l'anse ainsi soulevée et agrandie, et de la couper.

On procède de même façon pour les points suivants, et, en quelques secondes, la suture est enlevée dans toute son étendue, sans douleur, sans aucun tiraillement fâcheux.

Ce procédé peut s'employer pour toutes espèces de sutures : à points séparés, en chaînette, en surjet, etc...

Avec le surjet, il est préférable de ne couper le fil que de deux

points l'un ; de la sorte le point épargné est attiré par la traction du *fil releveur*, c'est-à-dire que la suture est non seulement coupée, mais enlevée.

Aujourd'hui que les *agrafes* sont en honneur, j'ai cherché s'il ne

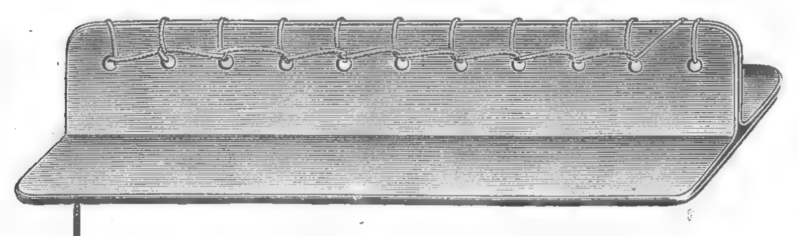


Fig. 3. — Suture en chaînette.

serait pas possible de les enlever par un procédé analogue. Les petits crochets dont on se sert habituellement sont très suffisants la plupart du temps, mais, suivant les tissus sur lesquels sont appliquées les agrafes, celles-ci sont quelquefois un peu enfouies, ce qui rend l'application des crochets malaisée.

Voici ce qu'on peut faire :

Au lieu de les présenter séparément aux bords de la plaie, on enfile les agrafes sur un gros fil d'argent ou d'un métal quelconque souple et résistant, plié comme une épingle à cheveux.

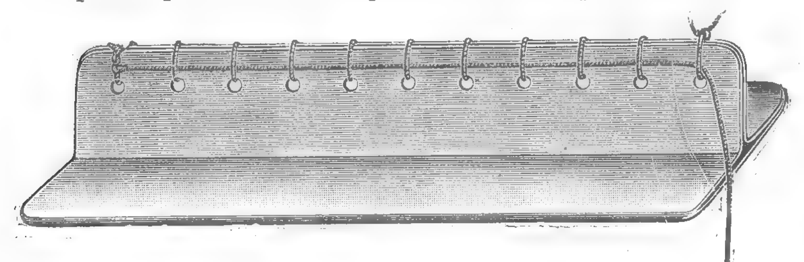


Fig. 4. — La même vue par la face opposée.

C'est, d'ailleurs, sur un fil analogue que sont vendues lesdites agrafes.

Un aide saisit avec une pince les deux extrémités libres du fil, et, avec une autre, l'extrémité opposée, et approche le tout de la plaie. On ferme alors les agrafes ainsi présentées les unes après les autres, avec la pince *ad hoc*.

Si le nombre des agrafes préparées est trop grand, on les enlève en les faisant glisser vers les extrémités libres du fil.

On a donc, outre les agrafes, un fil qui court des deux côtés

de la plaie, et solidarise ainsi tous les éléments de la suture.

Pour supprimer les agrafes, lorsque la réunion est assurée, il suffit de tirer en sens inverse, perpendiculairement à l'axe de la plaie, sur les deux moités du fil. Les agrafes s'ouvrent pour ainsi dire toutes à la fois, sans qu'on ait à rechercher pour chacune les deux petits pertuis réservés aux crochets. On pourrait encore de place en place, entre les agrafes, enfiler de petites boucles libres aisées à retrouver, et avec lesquelles les fils seraient très faciles à écarter. »

Présentation d'appareil.

Boîte métallique pour la stérilisation dans la vapeur d'alcool sous pression des objets de pansement.

M. Legueu. — Au nom de M. le Dr Coville (d'Orléans), j'ai l'honneur de vous présenter un modèle de boîtes métalliques destinées à permettre la stérilisation, dans la vapeur d'alcool sous pression, des objets de pansement.

M. Coville a voulu remédier à l'un des inconvénients de l'autoclave, celui entre autres de ne donner que des objets de pansement humides, et à la nécessité où l'on se trouve de les assécher, par une manœuvre ultérieure.

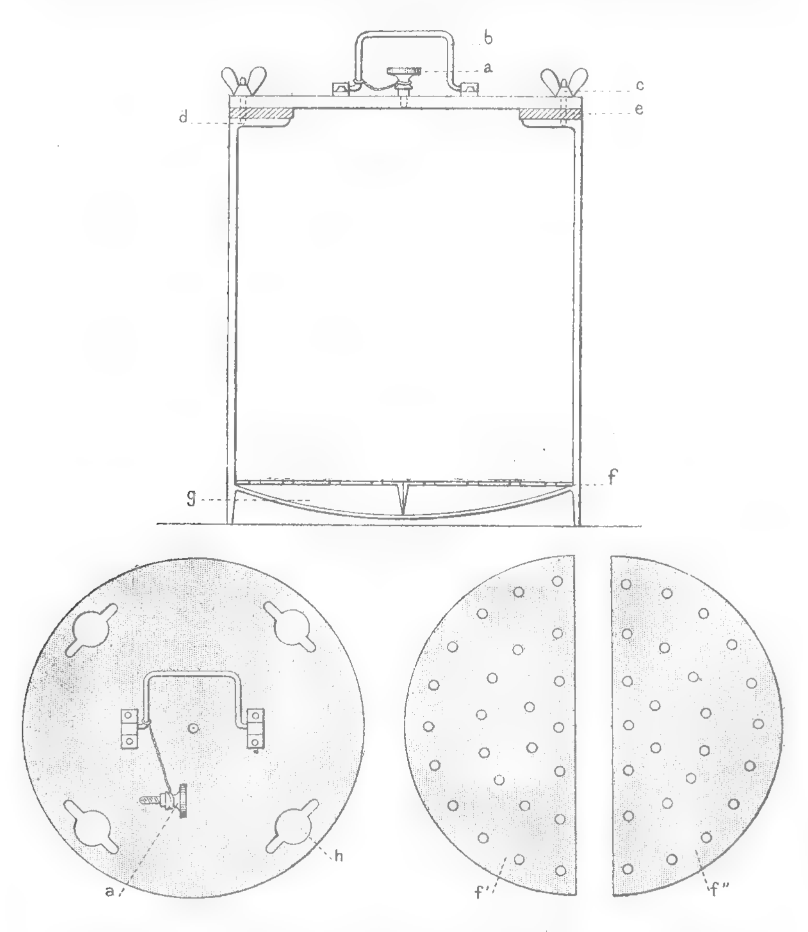
C'est pour répondre à ces desiderata qu'on a proposé le stérilisateur en vase clos dans la vapeur d'alcool sous pression, et MM. Bardy et Martin ont publié en 1898, dans la *Gazette des hôpitaux*, un long article où ils exposent tout au long les inconvénients de la stérilisation à la vapeur d'eau, les avantages de la stérilisation dans la vapeur d'alcool sous pression, et où ils indiquent leur façon de procéder et le dispositif dont ils se servent.

Leur flacon de verre bouché par une capsule de métal vissée sur le goulot est pratique pour la préparation à peu de frais et la mise en vente du produit. Il ne l'est pas pour le chirurgien, qui a besoin d'un matériel à la fois plus portatif et plus résistant.

M. Coville a donc eu l'idée de substituer au flacon de verre de Bardy des boîtes autoclaves en métal analogues à celles qu'on emploie pour la stérilisation dans la vapeur d'eau, et dont il fait usage depuis trois ans à son entière satisfaction. Voici une de ces boîtes :

Cet appareil, qui a été construit d'après ses indications par la maison Lequeux, de Paris, consiste, comme vous le voyez, en une boîte cylindrique de nickel pur ou de cuivre nickelé, haute de

20 centimètres, large de 18, assez résistante pour supporter une pression intérieure de cinq à six atmosphères sans se déformer. Le fond, au lieu d'être plat, est une calotte sphérique transformée en un segment de sphère (*g*) par un plateau (*f*) horizontal, mobile,



a, bouchon à vis pour l'entrée et la sortie de l'air; *b*, poignée; *c*, boulon à ailettes; *d*, épaulement sur lequel le couvercle est vissé; *e*, disque d'amiante isolant le couvercle de l'épaulement *d*; *f*, plateau percé de trous; *f'* *f"* ses deux moitiés; *g*, calotte sphérique servant de réservoir d'alcool; *h*, trous pour le passage des boulons à ailettes.

percé de trous et divisé en deux moitiés (*f'* *f"*) qu'on introduit séparément dans la boîte. Le couvercle repose, par l'intermédiaire d'un disque d'amiante (*e*), sur un épaulement circulaire (*d*) résistant, faisant corps avec la boîte, et dans lequel sont goujonnés les écrous de serrage. Ce couvercle, très épais également, présente

une poignée solide (*b*), un orifice central qu'on peut boucher avec un bon tour à vis (*a*) et quatre trous allongés (*h*). Ces trous, disposés à l'extrémité de deux diamètres perpendiculaires, laissent passer des boulons à ailettes qu'il n'est pas nécessaire de dévisser complètement pour ouvrir l'appareil, un simple mouvement de rotation à droite ou à gauche suffisant pour la manœuvre d'ouverture ou de fermeture.

M. Coville a fait également construire une boîte de moindre dimension pour les opérations peu importantes.

Voici maintenant comment on procède pour la stérilisation. Une quantité d'alcool suffisante pour remplir complètement la boîte de vapeurs à la température d'ébullition est placée au fond. Le plateau percé est introduit et l'isole ainsi du contenu qui ne peut être mouillé. On place alors une sorte de toile plus haut que la boîte, et dont on pourra rabattre extérieurement la partie inférieure qui garantira la main du chirurgien du contact des parties extérieures contaminées. Les compresses et les objets de pansement sont mis dans ce sac, le sac fermé, et le couvercle est appliqué et serré fortement, l'orifice central débouché.

On porte alors l'appareil à l'autoclave ou à l'étuve sèche jusqu'à une température de 75 à 80 degrés. L'air est chassé et remplacé par la vapeur d'alcool qui se dégage, on visse le bouchon central et l'on continue de chauffer jusqu'à 135 degrés. Pour se servir des objets contenus dans la boîte, il faut préalablement déboucher l'orifice central du couvercle pour rétablir la pression atmosphérique par l'entrée de l'air qui se filtre à travers le sac d'enveloppe. Au bout de quelques instants, on dévisse les boulons, on tourne légèrement pour mettre en regard de ceux-ci la partie large des orifices et l'on enlève le couvercle.

Cet appareil, dont le maniement est, comme vous le voyez, extrêmement simple, assure donc une stérilisation facile et parfaite des objets de pansement qui restent secs et peuvent par conséquent se conserver indéfiniment en bon état, à condition, bien entendu, que la boîte n'ait pas été ouverte. Il a encore un autre avantage qui est de rendre inutile l'usage de l'autoclave, car pour l'élever à 135 degrés, point n'est besoin de le plonger dans la vapeur d'eau surchauffée. L'étuve sèche de Poupinel est parfaitement suffisante. M. Coville sait bien que la température en tous ses points n'est pas rigoureusement la même, qu'elle peut varier dans une très grande étendue, aussi a-t-il l'habitude de faire monter son étuve jusqu'à 150 degrés; de cette façon il élève la vapeur d'alcool à une température et à une pression qui est certainement suffisante à la stérilisation de ses compresses. En même temps les instruments ont été placés dans l'étuve, et une

seule et même opération, avec un appareil unique, suffit à stériliser tout ce qui sera nécessaire pour l'intervention projetée.

Cet appareil ingénieux peut donc rendre de grands services à ceux de nos confrères qui, pratiquant en dehors de nos grands hôpitaux, n'ont ni le temps ni le personnel voulu pour assurer régulièrement la stérilisation des objets de pansement.

Il constitue non une complication mais une simplification de la stérilisation, et à ce titre nous devons remercier M. Coville de nous l'avoir fait connaître.

M. Picqué. — L'utilisation de la vapeur d'alcool sous pression a été recommandée pour la première fois par M. Bardy, pharmacien, qui, sur mes conseils, avait étudié la question dans mon service de l'hôpital Dubois. La première boîte métallique a été construite sur mes indications par M. Flicoteau, pour mon service des aliénés, après une longue série d'études qui ont été consignées dans l'article que j'ai publié en collaboration avec Macé, chef de clinique de la Faculté (voir 1er volume *Recueil des travaux du pavillon de chirurgie*, 1901, Masson).

Ce mode de stérilisation est très délicat si l'on veut arriver à des résultats certains. Je pense, à la suite d'ailleurs d'expériences longues et souvent répétées, que ces boîtes doivent être placées à l'autoclave. L'étuve sèche recommandée par notre confrère est trop incertaine et l'on court le risque d'avoir une stérilisation inférieure à celle obtenue dans l'eau bouillante. De plus, la pression de vapeur d'eau extérieure est indispensable pour éviter la déformation des boîtes.

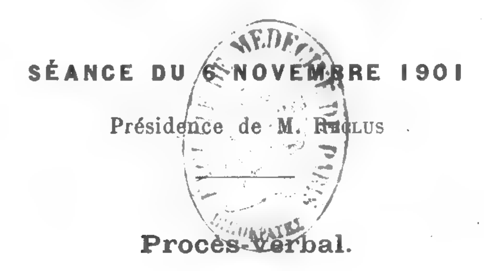
M. Legueu. — Je n'ai pas cité les travaux auxquels M. Picqué fait allusion dans la stérilisation par l'alcool. Mais M. Coville les a étudiés et cités dans la note que je remets.

Quant à la déformation des boîtes, je ne puis que prier M. Picqué de considérer celle-ci qui sert à M. Coville depuis plusieurs années et qui est susceptible de supporter cinq ou six atmosphères; elle n'est nullement déformée. Je persiste à croire que la stérilisation obtenue dans ces conditions est irréprochable.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-Verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Calléju, président du Congrès international qui doit se tenir à Madrid en 1903. Dans cette lettre, M. Calléju demande à ceux d'entre nous qui ont l'intention de prendre part au Congrès de vouloir bien lui faire parvenir leurs adhésions le plus vite possible.

2° Une lettre de M. le Dr D. Kokory (d'Athènes), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger de la Société de Chirurgie.

3° Un travail de M. le Dr Marcopoulos, intitulé : *Trois cas de troubles psychiques post-opératoires.* — Ce travail est renvoyé à une Commission : M. Picqué, rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. Kirmisson. — Puisque la Société de Chirurgie est invitée directement au Congrès de chirurgie de Madrid, je voudrais en profiter pour demander au prochain Congrès de chirurgie une section de chirurgie infantile et orthopédique. Cette section existait au Congrès de Berlin, au dernier Congrès de Paris, et nous avions émis le vœu qu'elle fût maintenue au Congrès de Madrid. Or, j'ai lu le détail des sections publié par les journaux ; il n'y est pas question de cette section. J'émets donc le vœu qu'on rétablisse au Congrès

de chirurgie de Madrid cette section de chirurgie infantile et d'orthopédie.

La proposition faite par M. Kirmisson est votée à l'unanimité par la Société de Chirurgie, et M. le secrétaire général et M. Kirmisson sont chargés de transmettre ce vœu au président désigné du Congrès de Madrid.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la prostatectomie.

M. Tuffier. — Je viens répondre aux critiques qui ont été formulées à la suite de mon rapport sur les trois observations de prostatectomie que nous avait adressées M. Adenot.

A propos de ces trois observations et de deux observations personnelles, j'avais envisagé successivement les procédés opératoires et les résultats de la prostatectomie, laissant à dessein de côté les indications qu'il est impossible, disais-je, de discuter actuellement en présence du petit nombre de cas publiés.

En ce qui concerne particulièrement la *prostatectomie dans les néoplasmes*, je n'avais fait qu'effleurer la question, les résultats, tous mauvais, obtenus jusqu'à ce jour, ne méritant pas une critique plus longue. Une large intervention, qui enlève toute la portion prostatique de l'urètre, peut-elle donner des résultats satisfaisants? Les faits seuls répondront. Cette question des néoplasmes est d'ailleurs secondaire dans le sujet qui nous occupe, les néoplasmes primitifs de la prostate étant, quoi qu'on en ait dit, très rares si on les compare à la fréquence de l'hypermégalie prostatique sénile.

Reste donc la question de la *prostatectomie* dans *l'hypertrophie de la prostate*. Je vous ai dit et je répète aujourd'hui que nous n'en sommes encore qu'à la période d'enregistrement des faits et que nous ne pouvons à l'heure actuelle porter de jugement définitif sur la valeur de la méthode. Sans doute, au point de vue opératoire, nous avons fait de grands progrès, surtout depuis les travaux de Gosset et de Proust sur la prostatectomie périnéale, travaux qui ont été le point de départ des opérations pratiquées en France et qui seuls ont rendu l'indication opératoire plus fréquente. Mais ces progrès datent d'une époque encore trop récente pour que nous puissions en apprécier les résultats éloignés, et, d'autre part, les faits sont encore trop peu nombreux pour que nous soyons en mesure d'en tirer des indications opératoires utiles.

Dans la *technique opératoire* les points importants sont ceux que M. Proust a trouvés. J'ai répété avec lui quelques-unes de ces opérations, et j'ai été frappé de l'ampleur du champ opératoire que donne *la position* sacro-vertébrale du malade. En réclinant non pas en arrière, comme on le fait d'habitude, mais franchement par en bas la lèvre postérieure de l'incision prérectale, la prostate n'apparaît plus comme dans un puits, mais elle se présente directement à l'opérateur, qui l'a bien en face de lui. Un second avantage dû au même auteur réside incontestablement dans l'*hémisection* de la prostate, qui permet de faire basculer facilement chacun des lobes de la glande avant de procéder à leur extraction. — Un point sur lequel je ne suis pas fixé a trait au morcellement, manœuvre longue et pénible, mal réglée, et à laquelle je n'aurais certainement recours que si je ne pouvais faire autrement. Je lui préférerais la dissection des lobes prostatiques, quand il est possible de la poursuivre jusqu'au bout, jusque sur les bords de l'organe. Une autre question importante est celle de l'ouverture de l'urètre. Faut-il toujours ouvrir ce canal, comme on l'a dit? J'estime, au contraire, qu'il faut le ménager le plus possible, car son ouverture prédispose à l'infection de la plaie périnéale. Je crois d'ailleurs qu'il sera possible dans un certain nombre de cas d'arriver à disséquer la prostate sans ouvrir le canal de l'urètre; les résultats opératoires immédiats n'en pourront être que plus parfaits. — Enfin je ne suis pas partisan du drainage cysto-périnéal; la suture complète du canal sur une sonde à demeure, toutes les fois qu'elle sera possible, me semble devoir entraîner une guérison plus rapide et plus parfaite.

En réalité les indications du manuel opératoire me paraissent actuellement être tirées de la variété d'hypertrophie prostatique à laquelle on a affaire. Je reste partisan de la prostatectomie sus-pubienne, dans les cas d'hypertrophie prostatique portant exclusivement sur le lobe médian qui forme valvule sur le col vésical. Cette voie permet de procéder à l'extirpation totale du clapet prostatique et elle a, en outre, le gros avantage de ménager les canaux déférents. Le malade que j'ai opéré de cette façon a eu un enfant depuis; c'est un espoir qu'on ne peut pas faire entrevoir à ceux qu'on opère par la voie périnéale. A ce succès datant actuellement de neuf ans, il faut joindre celui de M. Bazy qui remonte à douze ans; la voie sus-pubienne a donc à son actif des guérisons réelles ou au moins suffisamment longues pour mériter d'être conservée avec des indications spéciales. — Pour les autres variétés d'hypertrophie prostatique, je les reconnais justiciables de la voie périnéale. Cependant, ici encore,

il y a des distinctions à faire, parce qu'elles doivent entraîner, à mon avis, des modifications dans l'acte opératoire. Dans les cas de fibromes multiples, l'hémisection suivie de l'énucléation successive des fibromes ou, s'il le faut, de la résection prostatique, me semble le procédé indiqué. En présence d'une hypertrophie parenchymateuse, je crois qu'on peut se contenter de la dissection sous-capsulaire de la glande, pratiquée d'arrière en avant, sans ouvrir le canal de l'urètre; on n'aura recours au morcellement de la prostate et à l'incision de l'urètre que si la dissection offre des difficultés insurmontables.

Quoi qu'il en soit, grâce à l'emploi de sa technique, M. Albarran aurait obtenu, dans ces derniers mois, dix-huit succès sur dix-huit interventions. Sur ce nombre, il est vrai, huit malades sont encore en traitement. Je ne puis partager l'opinion de M. Albarron sur les indications opératoires; ces *indications de la prostatectomie périnéale* seraient très fréquentes, si fréquentes même qu'il ne les cherche plus mais s'efforce de déterminer seulement les contre-indications opératoires. Je ne puis cependant admettre que l'opération soit indiquée dans tous les cas de prostatisme au début, car ce serait condamner presque tous les vieillards à mourir sans prostate.

Si l'on s'en rapporte à la statistique de M. Albarran, les *résultats thérapeutiques de la prostatectomie périnéale* dans l'hypertrophie prostatique seraient particulièrement brillants. Mais ces résultats sont encore trop récents pour que nous puissions les considérer comme définitifs. Je crois donc les conclusions prématurées, puisque, sur ces dix-huit opérés, j'en compte huit qui ne sont même pas encore complètement guéris de leur opération. Cependant je suis convaincu, comme lui, que nous avons là une excellente méthode thérapeutique contre l'hypertrophie prostatique; c'est même pour cela que j'ai consenti à rapporter les faits de M. Adenot. Mais nous différons sur les applications à lui donner. Dans l'hypertrophie, l'élément contre lequel nous pouvons intervenir, c'est l'obstacle mécanique; c'est dans les cas où cet obstacle est l'unique cause des accidents présentés par le malade que l'opération pourra nous donner des chances de succès, non pas seulement opératoire, mais thérapeutique. Si au contraire, comme le veut M. Albarran, nous traitons par l'ablation de la glande tous les malades qui présenteront des signes de prostatisme, nous courons au-devant d'échecs inévitables. Il me paraît d'ailleurs inutile de discuter plus longtemps; le temps, ici comme ailleurs, se chargera, mieux que toute argumentation, de juger la question.

Rapport.

Deux observations de chirurgie de l'oreille moyenne (méningite au début, curable; thrombose du sinus), par M. le Dr Léon Imbert, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Rapport par M. A. BROCA.

M. Imbert nous a adressé deux observations intéressantes, que je vais résumer simplement avant de leur appliquer les commentaires qu'elles me paraissent susciter.

Obs. I. — Un soldat du génie, âgé de vingt-quatre ans, toussant depuis quelques jours, fut pris brusquement, le 25 mars, d'une vive douleur dans l'oreille droite, après refroidissement pendant une revue. A l'infirmerie régimentaire, pendant quatre jours, on ne trouva que de la rougeur du tympan, mais, comme les accidents persistaient, le malade fut envoyé le 27 mars à l'hôpital : le soir même eut lieu une otorrhée qui procura un grand soulagement.

Les choses restèrent en l'état jusqu'aux premiers jours d'avril, date à laquelle les douleurs reprirent, sous forme de céphalalgie unilatérale, tandis que la température montait entre 40 et 41 degrés, l'écoulement d'oreille restant sans changement.

L'apophyse n'était pas douloureuse à la pression, en sorte que l'opération fut différée. Elle ne l'était pas davantage le 12 avril, lorsque, en raison de la céphalalgie et de la fièvre persistante, M. Imbert pratiqua la trépanation, qui donna issue à quelques gouttes de pus.

Après une poussée thermique, le premier soir, à 39°5, il y eut trente-six heures de calme ; mais, dès la nuit du 13 au 14, survinrent, avec la céphalalgie, des vomissements et des troubles visuels sur lesquels l'auteur ne nous donne pas de détails ; il dit seulement qu'ils semblent avoir été bilatéraux. Aussi fut résolue séance tenante une deuxième opération, qui consista à trépaner l'étage moyen juste au-dessus de l'orifice mastoïdien, à décoller la dure-mère de la face supérieure du rocher et à fendre cette membrane, de façon à mettre à nu la face externe du cerveau. Tout cela était d'apparence normale, et cependant, dès le lendemain, les troubles avaient cessé. A la fin de juin, la plaie était presque cicatrisée.

Obs. II. — Un soldat de ligne entra le 7 mai dernier à l'hôpital suburbain de Montpellier, pour des douleurs d'oreille qui, survenues sans cause connue, une dizaine de jours auparavant, étaient bien plus vives depuis quarante-huit heures. Le 8 mai, M. Imbert trouva une région rétro-auriculaire non tuméfiée, un peu rouge, un peu douloureuse à la pression ; pas d'otorrhée ; température à 30°2, à 40°2 la veille au soir. Le malade refusa de se laisser opérer; il y consentit le 9 mai, la tem-

pérature étant la veille au soir de 39°8, le matin même de 38°6. Il y avait un peu de pus dans l'antre ; la cavité contenait des débris sphacélés.

Jusqu'au 20 mai, le malade parut en voie de guérison définitive : le 20 mai, malaise, fièvre, légers frissons ; le 21, température 39°6 et 40°8 ; le 22, 39°8 et 40°6. Avec cela, céphalalgie unilatérale. Le 22, au soir, éclata un frisson très marqué ; le 23, au matin, la température monta à 40°1. M. Imbert diagnostiqua une phlébite du sinus et tout de suite trépana juste en arrière de l'orifice mastoïdien. Dans le sinus, il trouva un caillot qu'il enleva à la curette ; il vit après cela le sang couler en abondance et il termina par un tamponnement.

De tout cela, le résultat fut nul. Frissons, oscillations pyohémiques de la températnre, douleur à la pression, sans empâtement, il est vrai, de la région carotidienne, démontrèrent que l'infection continuait, et, le 29 mai, M. Imbert se décida à isoler le segment supérieur de la jugulaire ; il lia la veine à hauteur du cartilage thyroïde, au-dessous du caillot, et eut, à partir de ce moment, le plaisir de voir commencer une convalescence dorénavant ininterrompue.

Ces deux observations méritent d'abord d'être retenues parce qu'elles sont des exemples, relativement rares, de complications intra-craniennes à la suite d'otites aiguës, et même très tôt après le début de l'otite. Les méningites et surtout la thrombose du sinus sont alors, sans doute, bien moins exceptionnelles que les abcès encéphaliques ; elles ne laissent cependant pas de sortir de la règle.

L'existence d'un abcès, néanmoins, était possible, quoique peu probable, dans le premier cas, et c'est pour cela que je ferai à M. Imbert le petit reproche d'avoir ouvert le crâne par la partie inférieure de la fosse temporale, juste au-dessus de l'orifice mastoïdien, et non par la voûte de cet orifice. On a toujours tort, sans doute, de critiquer, même légèrement, une opération suivie d'un beau succès, mais je ne me lasserai pas de répéter que si l'on veut explorer un cerveau où l'on redoute la possibilité d'un abcès, il faut aller d'abord à la face inférieure et non à la face externe du lobe temporal, car les abcès inférieurs, reposant sur le rocher, sont incontestablement les plus fréquents. De même, pour mettre à nu, soit le sinus, soit le cervelet, la voie la plus sûre, pour être certain de ne pas méconnaître un abcès extra-dural, consiste à effondrer d'abord la paroi postérieure de la trépanation mastoïdienne, quitte à agrandir ensuite, selon les besoins, vers l'écaille occipitale, à l'aide de la pince-gouge.

Chez ses deux malades, M. Imbert a opéré en deux temps, les signes n'étant pas, dès le premier jour, absolument caractéristiques d'une complication intra-cranienne. C'est la conduite que

j'ai toujours préconisée, et les deux observations actuelles prouvent que, si le chirurgien exerce après l'opération seulement mastoïdienne une surveillance attentive, il ne laissera pas passer le moment favorable pour la trépanation intra-cranienne. Un fait assez intéressant, chez le deuxième malade, est la reprise des accidents après dix jours d'un calme qui paraissait absolu ; la thrombose tardive du sinus est fort rare après trépanation pour mastoïdite aiguë. Je crois même que je ne l'ai jamais observée dans ces conditions.

Il est à noter que les deux malades ont été, avant leur entrée à l'hôpital, soignés d'une manière insuffisante pour leur otite aiguë ; ni paracentèse, ni instillations antiseptiques de ce conduit, c'est peu. Le second malade arriva à l'hôpital avec la complication constituée : il n'y avait plus qu'à opérer. Mais, pour le premier, M. Imbert ne fait pas mention du siège et des dimensions de la perforation du tympan, ne nous dit pas s'il a fallu l'agrandir, ne parle pas des moyens employés pour éviter toute rétention purulente dans la caisse.

Du côté de M. Imbert, qui est entré en scène tardivement, le péché est véniel. Il est grave pour les médecins qui, au régiment, ont eu charge de ces deux malades, car il est non seulement rare, mais tout à fait exceptionnel, qu'une otite aiguë, bien soignée dès le début, se complique de la sorte, et je tenais dès lors à spécifier que, d'après les pièces versées au débat, les deux cas que je vous rapporte ne contredisent pas à cette règle.

L'observation de thrombose du sinus vient trop, au point de vue opératoire, à l'appui de ce que je soutiens depuis plusieurs années déjà, pour que je n'aie pas plaisir à insister sur la démonstration qui en sort : la ligature de la jugulaire a été le complément indispensable du nettoyage du sinus, sinon pour couper la route aux embolies septiques, au moins pour permettre le drainage du segment veineux infecté. En l'absence de tout empâtement et même de toute douleur au cou, et comme, d'autre part, la thrombose du sinus n'était pas certaine, M. Imbert était parfaitement en droit de ne pas recourir immédiatement à la ligature de la jugulaire. Cette opération semble inutile dans les pyohémies otiques sans thrombose, ce qui était peut-être ici le cas ; et, une fois le sinus ouvert, on pouvait, dans l'espèce, espérer que cela suffirait, car il n'y avait aucun signe cervical. Mais dès que débutèrent ces signes, M. Imbert a eu raison de ne pas désespérer avant d'avoir lié la jugulaire, et nous devons le féliciter sans réserves d'avoir saisi l'indication d'un acte opératoire vite couronné de succès.

La complexité, la difficulté de l'opération constituent l'intérêt

de ce cas, et, dès lors, c'est à lui surtout que s'attache M. Imbert.

Mais, à mes yeux, la première observation est plus importante, en ce qu'elle concerne la question encore obscure des méningites curables d'origine otique. C'est ainsi, en effet, qu'on tend de plus en plus à expliquer les accidents cérébraux mal déterminés, quelquefois très graves, qui cèdent à la mise à nu du cerveau, ou même, plus simplement, à la trépanation de l'apophyse, au drainage de la caisse. Il n'y a pas longtemps, j'ai opéré un jeune garçon qui, avec une mastoïdite aiguë sans abcès extérieur, présentait du strabisme interne de l'œil correspondant et un début de névrite optique bilatérale ; la trépanation simple, sans entrée dans le crâne, en a eu raison en quelques jours.

J'en suis resté là parce que les accidents étaient légers, le cas aigu, l'os sain autour de l'antre suppuré ; mais j'étais, cela va sans dire, prêt à aller plus loin si l'amélioration n'avait pas été franche. Et j'ajouterai que, en semblable occurrence, je crois utile d'ajouter la ponction du cerveau à sa mise à nu. Cet acte n'aggrave en rien l'incision de la dure-mère, et il est indispensable, pour être sûr de ne pas méconnaître un abcès du cerveau, car les modifications extérieures de l'écorce peuvent fort bien être nulles à la palpation. L'étude des pulsations cérébrales est plus infidèle qu'on ne le pense, au moins comme signes précoces d'une petite collection.

Ce n'est pas tout : la ponction blanche me paraît avoir, en soi, une utilité possible, et alors de premier ordre, pour donner issue à une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien. Car nous savons tous que certaines méningites, en principe curables, sont en pratique mortelles, parce qu'elles engendrent une hydrocéphalie aiguë qui, dans une boîte cranienne inextensible, cause des troubles mécaniques incompatibles avec la vie ; si on supprime cette action mécanique, on peut permettre à une méningite bénigne d'évoluer favorablement. Et ne croyez pas que je réédite, en pathologie, la légende de l'âne mort de faim la veille du jour où il allait s'habituer au jeûne. Une opérée de Mayo Robson, à laquelle fut drainée une corne postérieure de ventricule latéral, a fort bien guéri, la cause de cette méningite séreuse interne étant presque sûrement une inflammation de l'oreille. Et, pour mon propre compte, j'ai observé, avec notre collègue Demoulin, un adolescent qui, déjà trépané pour otite chronique avec mastoïdite, présenta, pendant plusieurs semaines, des oscillations thermiques extraordinaires, des crises de coma de plus en plus fréquentes, de l'hémiparésie à gauche, de la céphalalgie, de la névrite optique. Ouvrant largement les fosses cérébrales et cérébelleuses, je n'ai rien trouvé d'anormal; quoique je ne sentisse rien qui ressemblât

à un abcès, j'ai ponctionné le lobe temporal en trois directions, et, sur un coup profond de trocart, j'ai vu sortir un jet de liquide céphalo-rachidien. Est-ce là ce qu'il faut invoquer, je n'en sais rien, mais le fait est que tout de suite cessèrent les élévations thermiques, la céphalalgie, la somnolence allant jusqu'au coma, et, peu à peu, diminuèrent la névrite optique et l'hémiparésie; et, aujourd'hui, deux ans après l'opération, le malade est en parfaite santé locale et générale.

Je me borne à ces rapides mentions, car je suis ici pour vous parler de M. Imbert et non de moi; il me pardonnera, sans doute, et cette brève incursion dans ma pratique personnelle et les quelques critiques que j'ai formulées. En tout cas, je ne veux me souvenir, en terminant, que des beaux succès obtenus par l'auteur dans des cas fort difficiles, succès dus à une perspicacité clinique et à une adresse opératoire dont vous vous souviendrez, j'espère, à nos prochaines élections de correspondants nationaux. Je vous propose, en attendant, de déposer le travail de M. Imbert dans nos archives et d'adresser nos remerciements à l'auteur.

M. Poirier. — M. Broca regrette dans son rapport que M. Imbert, allant à la recherche d'un abcès temporal, n'ait pas préféré à la voie temporale la voie inférieure, plus facile et plus éclairée, nous dit-il. Cela est sans doute vrai chez l'enfant. J'avoue que pour ma part, ayant eu l'occasion trois fois, sur des adultes, d'aller à la recherche d'un abcès dans le lobe temporo-sphénoïdal, j'ai pris la voie latérale.

Une trépanation sus-mastoïdienne, en forme de demi-circonférence ayant pour diamètre la ligne sus-mastoïdienne, donne une voie large par laquelle on peut explorer facilement, non seulement la face externe mais encore la face inférieure du lobe temporo-sphénoïdal, pour peu qu'on soulève celui-ci avec l'écarteur malléable dont je vous ai vanté, il y a longtemps déjà, les avantages. Dans ces trois interventions, j'ai été assez heureux pour trouver deux fois l'abcès que je cherchais; je tiens à noter que dans l'un de ces deux cas, j'avais en vain cherché par la voie inférieure, largement ouverte, l'abcès profondément situé dans le lobe temporal.

M. Kirmisson. — Mon expérience de la chirurgie infantile dans ces cas ne me permet pas de partager l'opinion de M. Poirier. Avec M. Broca, je suis d'avis qu'il faut aller chercher l'abcès cérébral par la voie inférieure; de plus, il ne suffit pas d'inciser la dure-mère, il faut faire la ponction du cerveau lorsque l'abcès ne se décèle pas par ses symptômes habituels.

Je vous ai rapporté il y a trois ans un beau succès obtenu par ce moyen.

En résumé, je me déclare partisan de la voie inférieure et de la ponction cérébrale pour atteindre et trouver un abcès cérébral.

M. Ricard. — Lorsque j'étais chirurgien à Bicêtre, le Dr Marie fit passer dans mon service un malade qui présentait tous les caractères cliniques d'un abcès cérébral; je trépanai largement le crâne; la dure-mère ne battait pas; je fis des ponctions avec un trocart et même le bistouri, sans obtenir aucun résultat.

A l'autopsie, nous trouvâmes un gros abcès cérébral. Le trocart avait passé certainement au niveau de l'abcès sans le déceler, tellement le pus était épais.

M. Tuffier. — J'ai eu l'occasion de donner mes soins, il y a quelque cinq ans, à une jeune fille de dix-huit ans qui, à la suite d'une otite moyenne suppurée et d'une mastoïdite, avait présenté tous les signes d'un abcès du cerveau. MM. Lucas-Championnière, G. Ballet, Brissaud, Brun, Gilbert, qui avaient vu la malade avec moi, étaient unanimes à porter ce diagnostic. Je fis donc la trépanation : je ne trouvai rien sous les méninges; je ponctionnai en différents points et j'incisai le lobe temporal : le résultat fut tout aussi négatif. Cependant les signes cliniques étaient si caractéristiques que nous agitâmes un instant l'idée de ponction du cervelet. Je repoussai cette grave exploration et bien nous en prit : à la suite de cette trépanation négative, la malade guérit et guérit définitivement; elle est actuellement mariée et mère de deux enfants.

M. Broca. — Le cas que vient de rapporter M. Ricard vient à l'appui de ce que j'ai dit sur la difficulté de diagnostic des abcès cérébraux. C'est pour cela que je me suis déclaré partisan de la ponction du cerveau, qui permet souvent le diagnostic.

Le cas de M. Tuffier est absolument superposable à celui que j'ai opéré avec M. Demoulin. Il prouve, une fois de plus, qu'il y a des méningites qui causent des accidents identiques à ceux des abcès; mais comme la ponction du cerveau n'ajoute en rien à la gravité de l'opération, il faut dans les cas douteux pratiquer cette ponction.

Communications.

Note sur le traitement des rétrécissements du rectum par le cathétérisme après colostomie temporaire.

par M. le Dr J. BRAULT, membre correspondant de la Société (1).

Le rapport de M. Chaput sur le travail de MM. Souligoux et Lapointe m'a remis en mémoire l'observation d'un cas que j'ai eu à traiter il y a quelques années.

Au mois d'avril 1897, un officier de marine entrait au Dey pour rétrécissement du rectum; on hésitait entre un rétrécissement dysentérique et une néoplasie. La coarctation très étendue était serrée et haut située, elle commençait à 7 centimètres de l'anus.

Après des tentatives de cathétérisme, le malade fut remis entre mes mains pour une opération radicale (31 mai).

Je tentai l'ablation par la méthode de Kraske. Mais, en raison d'une sorte d'infiltration diffuse périrectale et d'adhérences très étendues, surtout en avant du côté de la vessie, je ne pus arriver à isoler la tumeur. Comprenant que si je persistais j'allais occasionner des dégâts difficilement réparables, j'abandonnai la voie sacrée, je fis retourner le malade et lui pratiquai un anus iliaque.

Dès les premiers jours, à chaque séance de pansement, je fis passer à l'aide d'un conducteur un tube de caoutchouc allant de l'anus artificiel à l'anus naturel, et, grâce à ce « va-et-vient », en coiffant le bouton de la bougie œsophagienne qui me servait au cathétérisme, je pratiquai *tantôt le cathétérisme de bas en haut, tantôt de haut en bas* (2).

Le rétrécissement, qui était assez difficilement franchissable auparavant, devint tout de suite beaucoup plus perméable, et bientôt je pus passer de très grosses bougies.

Au moment de l'intervention, n'ayant pas l'autorisation du patient, j'avais établi l'anus artificiel comme je le fais d'habitude, quand je tiens à avoir seulement une fenêtre temporaire; j'avais simplement fixé avec soin l'intestin au péritoine pariétal (3). Le malade, d'ailleurs, dans les jours qui suivirent, m'imposa la fermeture de l'anus iliaque; je la lui promis et lui demandai seulement

(1) Travail lu par M. le Secrétaire général.

(2) Dans les rétrécissements haut situés, le cathéterisme, soit de bas en haut, soit de haut en bas, demande de grandes précautions.

(3) Dans diverses circonstances, j'ai pratiqué ainsi des anus artificiels; ils se sont tous fermés d'eux-mêmes.

un peu de répit, pour améliorer sa situation à l'aide du cathétérisme.

Au bout de quelques semaines, je m'abstins complètement du cathétérisme rétrograde, pour ne plus faire que le cathétérisme de bas en haut, évitant de passer le corps de la sonde dans l'anus artificiel.

Ce dernier se rétrécit assez vite et le cours normal des matières se rétablit progressivement. Au moment où, l'anus iliaque fermé, je cessai le cathétérisme, le malade avait sans doute une défécation lente, mais il se sentait très amélioré et avait notablement augmenté de poids (1). Si ce n'avait été l'impatience du malade, j'aurais poursuivi beaucoup plus longtemps la dilatation avec le secours de l'anus iliaque (2).

En outre de ses avantages pour les rétrécissements du rectum, le cathétérisme de la fin de l'intestin par une fenêtre iliaque est aussi un excellent guide dans certains cas d'*absence du rectum;* grâce à lui j'ai pu établir un anus sacré chez un nouveau-né dont je n'avais pu trouver l'ampoule par la voie périnéale (3).

Deux cas de mort immédiate par rachicocaïnisation,

par M. F. LEGUEU.

Je ne veux pas rouvrir la discussion sur la rachicocaïnisation, mais dans ces derniers temps j'ai eu à déplorer deux morts par cocaïne, et c'est un devoir impérieux pour moi d'apporter à ma dernière communication ce regrettable complément.

Deux de mes malades sont morts, tout de suite, quelques minutes après l'injection, sur la table d'opération; il ne s'agit donc plus de ces morts tardives, secondaires, pour l'explication desquelles on pouvait, en toute conscience, admettre ou discuter la part de la maladie en cours. Les morts immédiates que j'ai vues ne laissent aucun doute sur l'influence de la cocaïne chez ces malades.

Et, cependant, il n'y eut à incriminer aucune faute, ni du côté de l'injection, ni du côté de la dose. L'injection fut faite une fois

(1) En pareil cas, en dehors de l'effet salutaire de l'anus artificiel sur la rectite, il semble qu'on pourrait lui attribuer, dans certains cas au moins, une sorte d'action sédative, antispasmodique, ainsi que cela se passe en d'autres circonstances sur le parcours du tube digestif.

(2) Le cathétérisme a ensuite été continué par l'anus naturel.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 10 août 1897.

par un de mes internes en ma présence, une autre fois par M. Fredet, chef de clinique, suivant la technique que j'ai exposée ici, dans le troisième ou le quatrième espace lombaire; l'injection fut poussée lentement, la dose fut inférieure ou égale à 2 centigrammes, et la substance utilisée était bien de la cocaïne, une cocaïne non altérée; je l'ai fait analyser, elle était intacte, et, d'ailleurs, avant comme après, la même solution m'a donné les bons résultats que je vous ai signalés autrefois.

Du côté des malades, certaines circonstances atténuantes sont à noter. Vous allez en juger.

Le 30 juillet 1901, on amenait à l'Hôtel-Dieu un malade âgé de cinquante-quatre ans, qui présentait une rupture du tendon du triceps gauche.

La veille, le 29 juillet, vers 2 heures de l'après-midi, le malade se promenait dans la rue, lorsqu'il fut pris d'un étourdissement, perdit connaissance et tomba par terre. On le relève sans connaissance et on le transporte chez lui. Au bout de quelques heures, il revient à lui, se relève quoique souffrant de la jambe gauche et, muni d'un bâton, descend dans sa cave. Là, il est frappé à nouveau d'un accès apoplectiforme; il tombe à la renverse, et reste toute la nuit sans connaissance. On le retrouve le matin vers 6 heures, sur le dos, et toujours comateux. On le remonte, on le couche dans son lit, et il revient bientôt à lui. C'est alors qu'on l'envoie à l'hôpital, le 30 juillet.

Je le vois, le lendemain 31 juillet au matin; il est assis sur son lit, a toute sa connaissance, et n'a conservé aucune paralysie.

Je constate, au niveau de la cuisse gauche, tous les signes d'une rupture du tendon rotulien au niveau de son insertion inférieure. Il fallait l'opérer.

Mais l'état général me préoccupa vivement, lorsque j'agitai la question de l'anesthésique.

C'est un individu gras jusqu'à l'obésité, au visage vultueux et apoplectique, emphysémateux; les bruits du cœur sont mal frappés, on perçoit un bruit de galop; les artères sont athéromateuses.

Je ne me souciais pas d'endormir ce malade avec le chloroforme; alors que j'étais interne, j'ai perdu d'anesthésie un malade comme celui-ci; il n'était pas dans de plus mauvaises conditions. Et, instinctivement, j'avais l'impression que ce malade succomberait au chloroforme. Je fis part de mes craintes à mes élèves; mais nous trouvions, par contre, que le cas était bien mauvais pour la cocaïne.

A tort, je le reconnais, je me décidai cependant pour cette dernière, et j'opérai le malade le 1er août.

Une ponction est faite sous mes yeux par M. Braillon, interne du service; une première piqûre ne donne que du sang. Une seconde ramène, après aspiration, du liquide céphalo-rachidien limpide et transparent. Le liquide ne s'écoule que péniblement, goutte à goutte et très lentement. Injection de un peu moins de 2 centimètres de la solution au 1/100. Le malade est étendu sur son lit. On prépare le champ opératoire, pendant que je finis de me laver les mains.

Je commence l'opération environ dix à douze minutes après l'injection; le malade est tranquille, ne dit rien, ne sent rien.

Tout à coup, pendant que j'ouvrais l'articulation et évacuais les caillots qui la remplissaient, le malade se plaint d'étouffer; il demande à s'asseoir, pousse quelques gémissements : on l'assied, ses yeux se convulsent, sa tête est agitée de quelques mouvements convulsifs; il retombe sur le lit, la face noire: il était mort. Ceci se passait trois à quatre minutes après le début de l'opération, soit un quart d'heure après l'injection.

J'aurais été heureux, il eût été très utile de pratiquer l'autopsie; celle-ci fut absolument refusée, et j'ai dû me contenter des seuls renseignements cliniques que je vous ai donnés.

Malgré la peine qu'on éprouve toujours quand on perd un malade, d'anesthésie, sur la table d'opération, je ne puis dire que ce cas m'ait beaucoup troublé. Nous étions si pénétré de la gravité des circonstances, nous avions tant discuté à l'avance le pour et le contre des deux modes d'anesthésie : chloroforme ou cocaïne, que le résultat n'était pas fait pour trop nous surprendre. Je me reconnus coupable de n'avoir pas saisi que l'athérome, la congestion cérébrale, constituaient, chez ce malade, une contre-indication à la rachicocaïnisation; je m'en voulais de ne pas l'avoir endormi au chloroforme, et je pensais, en fin de compte, que j'avais eu plus de torts que la cocaïne.

Je continuai donc comme par le passé, et avec le même bénéfice qu'autrefois, à utiliser les injections de cocaïne.

Sur ces entrefaites, un second accident est venu troubler à nouveau la série de nos opérations. Celui-ci m'a préoccupé davantage.

Et, cependant, je ne l'ai pas vu moi-même, car le fait s'est passé un dimanche, pendant la garde : je n'ai vu le malade ni avant, ni pendant l'injection, et si j'insiste sur ce point, ce n'est pas pour diminuer une responsabilité que j'assume entièrement, c'est pour expliquer comment les renseignements que je possède ne sont qu'indirects et de seconde main.

Le 8 septembre dernier, un malade de soixante et un ans était amené à l'Hôtel-Dieu pour une hernie inguinale étranglée.

L'étranglement datait de quarante-huit heures; la hernie était peu volumineuse, mais l'état général était très défectueux. Il y avait eu un seul vomissement la veille, mais le facies était terreux, le nez pincé, les lèvres décolorées; la face et les extrémités étaient froides et humides, la voix voilée, presque éteinte, la langue sèche; le pouls était petit et fréquent, à 110 environ, et la température à 36°8. En fait, il y avait, très accusé, tout l'ensemble symptomatique qui traduit à distance un étranglement herniaire serré. Le malade donnait une si mauvaise impression, que la religieuse de la salle, elle-même frappée par cette apparence, disait, à la femme qui accompagnait le malade, qu'on ne l'opérerait peut-être pas.

Et cependant ce malade avait joui d'une bonne santé jusqu'alors; il n'était ni obèse, ni emphysémateux, ni cardiaque. Les urines ne furent pas examinées.

Mon chef de clinique, M. Fredet, fut appelé par l'interne, M. Digne. M. Fredet constata la hernie, remarqua lui-même combien la réaction générale était violente, mais comme à plusieurs reprises nous avions opéré avec la cocaïne des malades en aussi mauvais état que celui-ci, comme jusqu'alors nous voyions plutôt dans cet état une indication de la rachicocaïnisation, M. Fredet pratiqua lui-même une injection lombaire de 1 centigramme et demi de la solution au 1/100 dans le troisième espace, le liquide sortit goutte à goutte et on ne remarqua rien de particulier.

La région venait d'être lavée et préparée, lorsqu'on s'aperçut que la respiration devenait difficile. Le malade vomissait, la face était pâle, le front couvert de sueurs, puis tout de suite les mouvements respiratoires se ralentissaient. On fait deux injections d'éther, on fait respirer de l'oxygène, mais la respiration s'arrête, et la mort survient sans secousses, sans une plainte, avec une face d'une pâleur extrême; il y avait environ douze à quinze minutes que l'injection était faite, et six à sept minutes que les accidents avaient débuté, l'opération n'étant pas commencée; l'analgésie d'ailleurs n'était pas encore réalisée au début des accidents.

J'ai fait faire l'autopsie par M. Audistère, interne en médecine à l'Hôtel-Dieu, et voici les renseignements qu'il a bien voulu me remettre.

Il y avait une hernie inguinale étranglée portant sur une anse d'intestin grêle avec un peu d'épiploon. L'étranglement était assez serré, mais il n'y avait aucune lésion ni sur l'intestin ni sur les parois du sac.

Le cœur est de volume normal, ni hypertrophié, ni dilaté, ni con-

tracté : il paraît plutôt flasque. A la coupe, le myocarde est normal. Les cavités cardiaques ne contiennent aucun caillot, aucun liquide. La valvule mitrale est en excellent état, malgré deux petites plaques athéromateuses à la base de la grande valve. Valvule tricuspide saine, sigmoïdes pulmonaires saines, sigmoïdes aortiques très légèrement athéromateuses à leur base, fonctionnant parfaitement. Aorte non dilatée : une légère plaque lenticulaire d'athérome à 15 centimètres environ de l'orifice aortique. L'embouchure des coronaires est largement béante; elles sont d'ailleurs aussi amples que possible, largement perméables dans toute l'étendue examinée.

Les *poumons* présentent des adhérences anciennes dans la moitié supérieure des deux plèvres. Le poumon gauche est légèrement congestionné dans sa moitié inférieure, mais il crépite partout. Au sommet un tubercule crétacé.

Le poumon droit présente une congestion plus intense; il crépite néanmoins partout; on remarque cependant un certain nombre de foyers congestifs, sortes d'infarctus récents, noirâtres, saillants à la coupe et d'où la pression exprime du sang noir. Ces infarctus récents crépitent et surnagent. On en note six ou huit gros comme des noix ou des noisettes dans les deux lobes inférieurs et un plus volumineux dans le lobe supérieur. Il y a quelques tubercules calcifiés dans le sommet, et dans le lobe moyen un gros tubercule à l'état de crudité entouré d'une coque fibreuse.

Adénopathie trachéo-bronchique assez marquée, mais formée de petits ganglions séparés, sans grosse masse ganglionnaire permettant de penser à une compression du pneumogastrique.

Le *foie* et la *rate* sont normaux.

Les *reins*, un peu petits, légèrement contractés, se décortiquent bien; la snbstance corticale est réduite à 6 ou 8 millimètres. Le rein gauche présente deux kystes ayant ensemble le volume d'une orange; le rein droit un kyste du volume d'une petite mandarine. Mais l'examen histologique ne présente aucune lésion sérieuse sur les points examinés.

Le *cerveau* présente une adhérence très forte de la dure-mère à la voûte cranienne. Aucune lésion méningée ou cérébrale, externe ou interne. Les artères en particulier sont d'une souplesse et d'une perméabilité remarquables. Aucune lésion bulbaire cérébelleuse ou protubérantielle.

En résumé, dans cette autopsie, il y a à retenir que le cœur vide de caillot s'est arrêté en systole; les lésions pulmonaires sont récentes et peu intenses, les reins présentent deux kystes mais sans lésions importantes de néphrite à l'examen histologique; on ne peut pas penser à l'urémie dans ces conditions : ce serait en effet une urémie bien rapide que celle produite en 15 minutes par 1 centigramme et demi de cocaïne; l'urémie expliquerait plutôt une mort en quelques heures, avec céphalée, vomissements, etc., par défaut d'élimination de la cocaïne.

Il est donc probable que la mort résulte d'une syncope, elle-

même produite par action directe et immédiate de la cocaïne sur le bulbe.

Voilà donc deux morts immédiates; ce sont, je crois, les premières causées par la cocaïne lombaire.

Et, en quelques jours, la rachicocaïnisation s'est élevée entre mes mains à une mortalité de 1 p. 100. C'est beaucoup pour un anesthésique; et, victime sans doute d'une coïncidence fâcheuse, j'ai cru plus prudent de m'abstenir jusqu'à nouvel ordre.

Mais je ne saurais oublier les bénéfices que j'ai retirés jusqu'alors de la cocaïne; je dois à la vérité de rappeler que je n'ai jamais eu d'accidents graves en dehors de ces deux accidents mortels, et je crois qu'il y a dans ma série des malades qui n'ont dû leur existence qu'à la substitution, pour l'anesthésie, de la cocaïne au chloroforme.

Je ne veux donc pas brûler aujourd'hui ce que j'adorais hier : je crois que la rachicocaïnisation restera comme méthode d'anesthésie, dans une étendue dont les limites sont encore impossibles à définir.

Il y a des indications et surtout des contre-indications que nous ne connaissons encore que très imparfaitement. Sur mon premier malade, l'athérome, l'artério-sclérose, la congestion cérébrale dont il était atteint ou menacé, devaient constituer des contre-indications que j'ai eu le tort de transgresser. Pour le second, il est vrai, les lésions rénales reconnues à l'autopsie étaient légères, et je suis plus embarrassé pour trouver une contre-indication.

Quoi qu'il en soit, c'est à ceux de mes collègues qui pratiquent la rachicocaïnisation que les faits comme ceux que je rapporte seront utiles; ils les engageront, je le désire, à une grande prudence dans le choix des malades et dans l'administration des doses.

M. Kirmisson. — Il faut féliciter M. Legueu de nous avoir fait connaître ses deux désastres par la rachicocaïnisation. Ils nous permettent aujourd'hui de ne plus penser que nous sommes en présence d'une méthode d'anesthésie inoffensive, et que ce procédé anesthésique qui comprend deux choses : la pénétration d'un agent toxique dans le sac arachnoïdien, et secondement la petite opération pour l'injecter, reste une chose incertaine et grave.

M. Legueu a donc droit à tous nos remerciements pour sa franchise qui nous instruit, en nous rendant réservés. Mais il me permettra cependant une petite remarque qui, je l'espère, ne lui sera pas désagréable : pourquoi n'a-t-on pas fait une anesthésie locale dans ces deux cas? Chloroformisation et rachicocaïnisation me

semblaient contre-indiquées dans les deux observations qu'il vient de nous rapporter; nous hésitons tous à anesthésier des malades dans les conditions que nous présentaient ceux de notre collègue, et dans ces cas-là nous faisons appel à l'anesthésie locale.

M. Legueu. — Je n'ai pas utilisé la cocaïne locale sur mes deux malades, parce que je n'en ai pas eu de très bons résultats dans les opérations qui ne sont pas très simples. Sans doute, c'est que je ne sais pas bien la faire. Mais aussi j'ai eu, il y a quelques années, une menace d'accident avec anesthésie locale, et pour une dose de 4 centigrammes. Aussi ne suis-je pas très enthousiaste de cette méthode : c'est pour cela que je n'ai pas fait l'anesthésie locale sur mon premier malade, c'est pour cela que je ne l'aurais pas faite sur le second si j'avais eu moi-même à l'opérer. Chez lui, d'ailleurs, l'état général semblait plutôt indiquer la rachicocaïnisation.

M. Reclus. — Vous voyez combien les conclusions de M. Legueu détruisent la séduisante formule que développait ici récemment l'apôtre le plus convaincu de la rachicocaïnisation : « Vous, disait-il, que les injections lombaires effraient, recourez-y, d'abord, dans les mauvais cas, lorsque l''état général est si précaire, la faiblesse si grande que vous redouteriez l'emploi des anesthésiques généraux. » Instruit par certaines observations où justement les accidents graves et même mortels était survenus chez des cachectiques et des artérioso-scléreux, je protestais déjà contre cette assertion si grosse de conséquences redoutables, et la courageuse communication de M. Legueu montre combien j'avais raison ; car, sachons-le bien ! là où le chloroforme et l'éther sont dangereux, la rachicocaïnisation est plus dangereuse encore. Aussi ne puis-je que m'associer aux remarques de M. Kirmisson : dans les deux observations mortelles qu'on vous a communiquées, l'opération pouvait être faite facilement sous la cocaïnisation localisée : les malades n'auraient pas souffert et, sans doute, ils vivraient encore.

Présentation de malades.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu, diagnostiquée par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

M. TUFFIER. — Je vous présente un jeune homme que j'ai opéré récemment pour une plaie pénétrante du crâne par coup de feu.

La balle de revolver avait pénétré en avant du tragus, au devant du conduit auditif; dans cette région à cheval sur la face et le crâne, l'exploration au stylet ne pouvait pénétrer jusqu'à l'os. Ce trajet fut désinfecté et drainé, mais des accidents septiques et cérébraux s'étant manifestés, je fis, suivant le procédé que j'ai exposé devant vous, une ponction rachidienne lombaire. Le liquide céphalo-rachidien contenant du sang, j'en conclus à la pénétration cranienne du projectile et à la nécessité de la trépanation.

M. Contremoulin, par sa méthode de radiographie, signalait la présence du projectile en dehors de la boîte cranienne, dans le muscle temporal. Cette discordance entre les résultats des deux examens s'expliqua au cours de l'intervention; celle-ci démontra, en effet, qu'il existait à la fois un projectile extra-cranien et une plaie pénétrante du crâne produite par des esquilles détachées sous l'effet du traumatisme, esquilles qui s'enfonçaient à travers la dure-mère.

M. LEGUEU. — J'ai opéré un malade qui était dans ces mêmes conditions. Il avait une balle superficiellement placée sous le cuir chevelu. Les accidents convulsifs qu'il présenta étaient dus à une fracture du crâne esquilleuse produisant de la compression cérébrale.

M. RECLUS. — Je pourrais vous citer un cas absolument semblable.

Présentations de pièces.

Tumeurs épithéliales des trompes,

M. QUÉNU. — Les tumeurs épithéliales des trompes sont réputées exceptionnelles : de fait nous n'avons pu en rassembler

que trente-six observations (1). Nous croyons cependant que nombre de cas passent inaperçus, les pièces étant enlevées pour des salpingites et incomplètement analysées après l'extirpation. Nous présentons ici le troisième exemple d'épithéliome tubaire qu'il nous a été donné de rencontrer, et nous ne pouvons admettre que nous avons été tellement favorisé par le hasard, alors que des services spéciaux de gynécologie n'est sortie aucune observation.

Nous appelons donc l'attention de nos collègues sur ces productions, et nous insistons sur la nécessité d'ouvrir toutes les collections tubaires extirpées et d'examiner histologiquement toutes les pièces où les parois sont revêtues de végétations.

A côté de l'intérêt anatomo-pathologique, il y a un intérêt clinique évident à pouvoir reconnaître, avant l'opération, un cancer des trompes, afin d'éviter tout retard et d'adopter d'emblée un plan opératoire aussi radical que possible.

Les pièces que nous présentons offrent un réel intérêt anatomique. La trompe droite se présentait avec toutes les apparences d'une hydrosalpynx ou d'une hématosalpynx : tumeur bosselée, kystique, pavillon fermé en bourse sans adhérences notables avec les parties voisines; à l'incision post-opératoire, il s'écoule du liquide séreux à peine trouble; la face interne de la cavité tubaire est parsemée de petites granulations dont la confluence en certains points va jusqu'à former de véritables végétations. Ces végétations, au niveau de l'extrémité interne ou utérine, remplissent complètement toute la lumière de la trompe.

La trompe gauche se présente avec des caractères analogues; cependant l'orifice tubaire externe est fermé, non par des adhérences entre les franges du pavillon, mais par des adhérences au mésentère de l'anse sigmoïde; aussi quand on détache ces adhérences très fortes et vasculaires, du liquide s'écoule, et des végétations pâles tombent dans le cul-de-sac de Douglas, d'ailleurs garni et protégé. Les végétations sont plus rapprochées et plus abondantes dans cette trompe gauche.

Il importe de nous arrêter sur l'état de l'ostium uterinum : il semble, à voir la distension des poches tubaires par le liquide, que cet ostium est oblitéré. De fait, en pratiquant des coupes perpendiculaires, on retrouve peu ou pas de lumière sur le segment le plus interne de la trompe, mais ce n'est là qu'une apparence, et nous nous sommes assuré, par une série de coupes microscopiques, que si en certains points la lumière du canal est réduite,

(1) Quénu et Longuet. Des tumeurs des trompes, *Revue de chirurgie*, 10 octobre 1901.

et même segmentée, nulle part elle n'est supprimée; cette lumière néanmoins tend à se rétrécir et à disparaître, et voici par quel processus : l'épithélium normal de la trompe se desquame en certains points; il en résulte une sorte d'avivement, une adhérence, puis une soudure entre les franges voisines. Aussi est-on surpris de reconnaître, non pas un orifice, mais plusieurs orifices minuscules; cette évolution ressort des notes histologiques ci-jointes qui nous ont été communiquées par notre préparateur, le Dr Landel; on y remarque encore que le défilé le plus étroit ne correspond pas à la traversée utérine, mais la précède.

Il résulte de cette brève description que la réplétion et la distension de la cavité tubaire n'impliquent pas la suppression de ses communications utérines; il est évident que l'accumulation du liquide dans la trompe est seulement rendue possible par des petites granulations qui, dans un conduit rétréci, accolent leurs surfaces et jouent le rôle de petits clapets qu'une pression un peu forte est toujours susceptible de forcer.

Relevons enfin ce point important, c'est que la muqueuse utérine (l'utérus bourré de quelques petits fibromes a été extirpé en totalité) est saine, que les culs-de-sac glandulaires n'ont aucun développement anormal, et qu'il n'existe aucun signe de métrite. Les ovaires étaient kystiques sans trace de néoplasme.

Voici maintenant le résumé de l'histoire clinique.

Il s'agit d'une dame d'un peu moins de cinquante ans, régulièrement réglée et ne présentant aucun passé génital, pas de grossesse.

Le premier fait anormal en date est l'apparition en avril dernier de pertes d'un jaune rosé assez abondantes, survenant dans l'intervalle des règles et ayant persisté jusqu'à l'opération, qui eut lieu au commencement d'octobre; ces pertes étaient séreuses, presque claires, non gluantes, non épaisses, assez abondantes parfois pour que la malade compare la tache qu'elles faisaient sur le linge à celle que produit une tasse à café renversée. Les taches étaient légèrement jaunâtres, avec un cercle rosé à la périphérie; aucune odeur.

Les règles n'étaient pas trop abondantes.

En juin sont survenues des douleurs d'abord sourdes, puis prenant un caractère plus aigu et rappelant celles d'une poussée subaiguë de salpingite; elles ont été assez prononcées pour exiger le repos au lit pendant une quarantaine de jours; dans les derniers temps les souffrances avaient beaucoup diminué et consistaient surtout en douleurs de reins.

L'état général a été peu modifié, l'appétit étant conservé; aucun vomissement; il y eut seulement en septembre durant trois semaines une période de diarrhée.

J'eus l'occasion d'examiner la malade au milieu de juillet; je constatai, de chaque côté d'un utérus fibromateux mais peu volumineux, l'existence de deux masses tubo-ovariennes modérément douloureuses à la pression et offrant absolument les caractères d'une salpingite double. Je conseillai, étant donné que, d'après les indications du médecin, aucune amélioration ne s'était produite depuis le commencement de juin, malgré un repos au lit de quarante jours, une opération radicale qui fut acceptée en principe mais différée. Je revis la malade au commencement d'octobre et retrouvai mes lésions salpingiennes au même point. Frappé par la persistance des écoulements et leur caractère séreux chez une femme qui jusque-là n'avait jamais présenté aucun signe de métrite, je regardai comme possible l'existence d'une tumeur épithéliale des trompes. L'acte opératoire (1) vint confirmer notre hypothèse.

A notre avis, l'écoulement, avec ses caractères spéciaux, présente une valeur séméiologique considérable.

Cet écoulement est exceptionnellement purulent ou visqueux et on le conçoit sans peine : un écoulement épais aurait les plus grandes difficultés à filtrer jusque dans l'utérus, en raison du double obstacle sur lequel nous avons insisté plus haut, à savoir : les granulations qui obstruent et le rétrécissement de la trompe; il s'agit, au contraire, d'un écoulement séreux qui procède par regorgement, pour ainsi dire, d'une trompe distendue et faiblement perméable. Cet écoulement est continu avec quelques recrudescences différant par cette continuité des évacuations hydro ou hémato-salpingiennes que parfois l'on observe.

Je dis que dans ces conditions, et chez une femme arrivée au voisinage de la ménopause, l'observation d'un pareil écoulement, jointe à la constatation d'une tumeur tubaire ou tubo-ovarienne, prend une signification importante et doit faire porter le diagnostic probable d'épithéliome de la trompe (2).

En cas de doute, la dilatation du col utérin, suivie d'un curettage, en démontrant l'intégrité de la muqueuse utérine, assurerait le siège tubaire de l'écoulement, et nous pouvons conclure, comme nous l'avons fait dans notre mémoire :

Aux approches de la ménopause, ou après elle, l'existence d'une tumeur annexielle jointe à un écoulement séreux non purement sanglant, la démonstration préalable et continue du siège non utérin de

(1) Castration utéro-ovarienne par voie abdominale. Suites des plus simples.

(2) Le fait de la cessation brusque de l'écoulement n'enlèverait aucunement sa valeur séméiologique à l'écoulement, et indiquerait seulement l'oblitération complète du canal tubaire.

cet écoulement, voilà le syndrome susceptible de caractériser l'épithéliome tubaire.

Epithélioma primitif des deux trompes (1).

1° *Examen histologique de la trompe droite au niveau de la tumeur.* — Sur une coupe perpendiculaire à l'axe de la trompe, on remarque que la surface interne est tapissée par un tissu de nature épithéliale. Dans les parties les moins épaisses, ce revêtement n'a que 1 millimètre d'épaisseur; dans d'autres points, il atteint près de 1 centimètre. Sa surface est très irrégulière.

Si l'on examine ce tissu à un plus fort grossissement, on constate qu'il représente un épithélioma cylindrique tantôt constitué par des franges ou des tubes épithéliaux à une seule rangée de cellules, tantôt apparaissant sous forme de bourgeons pleins composés de cellules polymorphes. Dans le premier cas, on voit, soit des franges très minces formées par une bandelette conjonctive tapissée sur les deux faces d'un épithélium simple, mais nettement cancéreux par ses caractères cellulaires, soit des tubes pseudo-glandulaires émettant des bourgeons dans leur lumière ou inclus les uns dans les autres. Certaines dispositions rappellent grossièrement les franges de l'épithélium tubaire normal, comme nous l'avons déjà observé dans d'autres épithéliomas de la trompe. Dans le cas de bourgeons massifs, les cellules sont plus petites, sans forme déterminée ; certains groupes sont composés d'éléments fusiformes, analogues à ceux des sarcomes fuso-cellulaires. On observe aussi, surtout vers la surface, d'énormes cellules plus ou moins libres à noyaux multiples ou à très gros noyaux bourgeonnants. Les figures de karyokinèse sont assez abondantes.

Sous ce revêtement néoplasique, la musculeuse se rencontre d'une façon constante; cependant, elle est parfois très amincie, et souvent elle est infiltrée de bourgeons ou d'îlots néoplasiques. La séreuse paraît complètement respectée.

2° *Examen de la trompe gauche au niveau du kyste.* — La surface interne est tantôt lisse, tantôt granuleuse et bourgeonnante. L'examen de ces bourgeons démontre qu'ils sont formés exactement des mêmes formes cellulaires que le tissu néoplasique de la trompe opposée, y compris même les cellules d'aspect fusiforme. La karyokinèse y est aussi abondante. Au niveau des parties lisses, dans l'épaisseur des parois de la trompe, on rencontre une grande quantité de petites cavités kystiques revêtues d'un épithélium atrophié, très aminci, mais nullement cancéreux.

La musculeuse est amincie, mais non infiltrée comme du côté opposé.

3° *Examen de la trompe gauche, immédiatement au-dessous de la tumeur kystique.* — Un peu au-dessous de la tumeur kystique, on constate sur une coupe perpendiculaire à l'axe tubaire non plus une lumière centrale unique, mais six ou sept lumières de grandeurs différentes dont

(1) Examen histologique des pièces par M. le Dr Landel.

certaines se trouvent jusque dans le voisinage de la séreuse. Toutes ces cavités sont tapissées d'un épithélium aplati, mais la plupart contiennent dans leur lumière des fragments d'épithélium cancéreux.

Une coupe pratiquée un peu plus bas montre encore une lumière centrale très étroite, irrégulièrement aplatie, et deux ou trois autres petites lumières dans son voisinage immédiat; ici, il n'y a plus trace d'épithélium cancéreux; on rencontre seulement par places des bandes d'épithélium aplati et dégénéré, presque méconnaissable, bordant une partie de ces cavités.

Un peu au-dessous de ce point qui correspond au maximum de rétrécissement de la cavité tubaire, celle-ci s'élargit; on retrouve à sa surface l'épithélium normal; les petites cavités accessoires ont complètement disparu. Cette disposition persiste jusqu'à l'orifice utérin.

4° *Examen de la muqueuse utérine au niveau du tiers supérieur.* — La muqueuse utérine est peu épaisse, lisse, pâle, sans taches hémorragiques. L'examen histologique montre à la surface un épithélium normal, quoique un peu aplati; l'épaisseur de la muqueuse est peu considérable; les culs-de-sac glandulaires sont normalement développés, sans cavités kystiques, sans produit de sécrétion dans leur lumière, comme on l'observe parfois dans certains fibromes.

Grossesse extra-utérine sous-péritonéo-pelvienne.

M. Lucien Picqué. — Femme de quarante-cinq ans : une grossesse normale il y a vingt ans. Développement rapide d'une tumeur abdominale. Pas de troubles de la menstruation. Accès fébriles répétés. Sensibilité vive. Etat cachectique prononcé. Troubles très marqués de la miction, besoins fréquents d'uriner. Le diagnostic porté est celui de pyosalpinx. L'utérus n'est pas isolable. Le col ne présente rien d'anormal.

L'intervention, pratiquée il y a quelques semaines, conduit sur une tumeur volumineuse sous-péritonéale. Elle occupe le cul-de-sac antérieur. L'utérus est en bas et en arrière et présente un volume à peu près normal. Les annexes, absolument intactes et mobiles, se trouvent à la partie postéro-supérieure de la tumeur. Fluctuation évidente.

Incision du péritoine en avant de la tumeur : la tumeur est assez facilement énucléée, mais elle adhère fortement à la face postérieure de la vessie qui est ouverte en un point. Suture de la vessie. Drainage de la cavité. Les suites sont fort simples : la guérison survient sans complications. La suture vésicale a bien tenu et il ne persiste aucune fistule.

La poche est épaisse, surtout par places. Elle contient du sang liquide et coagulé.

L'examen histologique, pratiqué avec le plus grand soin par MM. Macé et Durante, démontre qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine. Il s'agit donc d'une variété très rare dont je n'avais jamais observé d'exemple, la variété désignée par Dezeimeris sous le nom de sous-péritonéo-pelvienne.

M. Reynier. — Je demanderai à M. Picqué un examen très détaillé de sa pièce, car une grossesse extra-utérine développée dans le ligament large est tout à fait rare.

M. Picqué. — Je suis étonné de l'observation de M. Reynier : cette forme existe et est décrite dans l'ouvrage de M. Pozzi.

Élections.

Commission pour le Prix Marjolin-Duval.

Nombre des votants : 22.

MM.	Nélaton	obtient :	21	voix.
	Picqué	—	19	—
	Lejars	—	19	—
	Hennequin	—	1	—
	Walther	—	1	—
	Demoulin	—	1	—
	Tuffier	—	1	—

En conséquence, MM. Nélaton, Picqué et Lejars sont nommés membres de la Commission pour le Prix Duval.

Commission pour le Prix Laborie.

Nombre des votants : 28.

MM.	Delorme	obtient :	28	voix.
	Ricard	—	28	—
	Bazy	—	26	—
	Albarran	—	1	—
	Demoulin	—	1	—

En conséquence, MM. Delorme, Ricard et Bazy sont nommés membres de la Commission pour le Prix Laborie.

COMMISSION POUR LE PRIX GERDY.

Nombre des votants : 29.

MM.	Routier	obtient :	28	voix.
	Legueu	—	28	—
	Broca	—	25	—
	Albarran	—	1	—
	Kirmisson	—	1	—
	Demoulin	—	1	—
	Nélaton	—	1	—
	Lejars	—	1	—

En conséquence, MM. Routier, Legueu et Broca sont nommés membres de la Commission ponr le Prix Gerdy.

COMMISSION POUR LE PRIX DEMARQUAY.

Nombre des votants : 25.

MM.	Rochard	obtient :	25	voix.
	Demoulin	—	24	—
	Albarran	—	24	—
	Bazy	—	1	—
	Reclus	—	1	—

En conséquence, MM. Rochard, Demoulin et Albarran sont nommés membres de la Commission pour le Prix Demarquay.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1901

Présidence de M. RECLUS

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Deux lettres de MM. BRUN et MICHAUX qui, retenus par une indisposition, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

— M. LEJARS dépose sur le bureau un travail de M. René Le Fort (de Lille), intitulé : *Amputation spontanée de l'appendice et greffe péritonéale du segment amputé. Bride péritonéale et coudure de l'intestin. Occlusion intestinale aiguë par torsion du mésentère un demi-siècle plus tard. Laparotomie. Mort.* Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. LEJARS est nommé rapporteur.

— M. TUFFIER dépose sur le bureau un travail de M. Kallionzis (d'Athènes), intitulé : *Une fourchette daus l'estomac depuis soixante-dix-huit jours. Gastrotomie. Extraction. Guérison. Tolérance de l'estomac.* — Ce travail est renvoyé à une Commission, dont M. TUFFIER est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Grossesse extra-utérine.

M. PICQUÉ. — Je remets sur le bureau la note histologique qui m'a été remise par M. Macé, chef de laboratoire, au sujet de la pièce de grossesse extra-utérine que je vous ai présentée dans la

dernière séance. Cet examen a été fait avec le concours de M. Durante et par conséquent ne peut laisser ancun doute dans votre esprit.

Dans la préparation, on note deux parties essentiellement distinctes :

1° Une partie périphérique, structurée ;

2° Une partie centrale constituée par du sang.

I. La première est composée de faisceaux compacts de tissus fibreux et musculaires qui en certains endroits sont dissociés par de petits foyers sanguins contenant des hématies, des globules blancs, des thrombus hyalins microscopiques. Entre les faisceaux on trouve les trois espèces d'éléments suivants :

a) De gros noyaux allongés, pauvres en substance chromatique et entourés d'une très faible quantité de protoplasme, qui ressemblent aux clasmatocytes de Ranvier ;

b) Des cellules volumineuses de forme globuleuse ou elliptique pourvues d'un noyau bien apparent. Ces cellules sont le plus souvent réunies par groupes de 4 à 6. Leur protoplasme contient des granulations. Parfois il existe une vacuole dans la cellule. (Plasmazellen de Ehrlich, Mastzellen);

c) De petits placards elliptiques, formés de petites cellules réunies en groupes, qui sont des cellules syncitiales.

II Les masses sanguines contiennent des filaments de fibrine, des globules rouges et blancs en certains endroits, de grosses cellules (clasmatocytes) et quelques cellules d'apparence fœtale.

La variété anatomo-pathologique de cette grossesse est en vérité exceptionnelle, mais, quoi qu'en ai dit M. Reynier, elle a été observée déjà et peut s'expliquer, soit par dédoublement du ligament large au niveau du point adhérent du pavillon de la trompe, soit par le mécanisme indiqué récemment par Devez dans sa thèse, pourexpliquer le siège sous-péritonéal des kystes hydatiques secondaires.

A propos du rapport de M. Broca relatif à deux cas de complications de l'otite moyenne aiguë.

M. Chavasse. — Dans la dernière séance, le rapport de M. Broca sur un travail de M. Imbert, relatif à deux cas de complications de l'otite moyenne aiguë, a donné lieu à une courte discussion sur les difficultés du diagnostic des abcès du cerveau d'origine otique. Ces difficultés sont en effet quelquefois très grandes, ainsi que le démontrent les cas de MM. Imbert et Tuffier. M. Broca a émis l'opinion que, dans ces cas où, malgré des symptômes en apparence

caractéristiques, il n'existait aucun abcès encéphalique, il s'agissait probablement d'une méningite localisée et curable avec hydrocéphalie aiguë simulant un abcès. A côté de cette sorte de méningite que je pense être fort rare, il me paraît que l'on peut faire intervenir, dans certains cas, d'autres causes susceptibles de provoquer des symptômes identiques ou presque identiques à ceux des complications encéphaliques.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, d'examiner une fillette de treize ans qui avait subi la trépanation de l'apophyse mastoïde et qui présentait des signes faisant redouter une complication intra-cranienne. Il s'agissait tout simplement d'une complication otique de nature hystérique.

Dans un cas d'un autre genre, chez un enfant de troupe âgé de quatorze ans, sur lequel j'avais pratiqué la trépanation de la mastoïde droite pour une inflammation suppurée au cours d'une otite moyenne aiguë, je vis se développer des symptômes qui me laissèrent pendant plusieurs jours craindre l'évolution d'une complication encéphalique. Il y avait un léger degré de ptosis bilatéral, de la mydriase du côté malade, de la raideur de la nuque, du subdelirium, de la fièvre et quelques frissons. Or, tous ces symptômes disparurent brusquement, à la suite d'un écoulement de pus très abondant par le conduit auditif externe. Il s'agissait évidemment, dans ce cas, de phénomènes réflexes ou tout au plus d'un état congestif méningé de voisinage, par rétention de pus dans la caisse.

Dans un autre cas, chez un soldat de vingt et un ans, en traitement pour une otite moyenne chronique du côté droit, suppurant à peine, j'ai vu apparaître en quelques heures de la photophobie, de la céphalalgie, de la pâleur de la face, un peu de prostration, une légère élévation de température avec accélération du pouls (70), et surtout un état vertigineux et nauséeux très accentué dans la station debout; les veines rétiniennes du côté de l'otite étaient légèrement congestionnées. Le lendemain matin, le pouls était devenu un peu irrégulier et était tombé à 52 pulsations. L'intervention chirurgicale pratiquée d'urgence montra un cholestéatome, en partie encapsulé, siégeant dans la mastoïde et ayant mis à nu sur une certaine étendue le sinus latéral. L'ablation de la tumeur suffit à faire disparaître les symptômes, qui en avaient imposé tout d'abord pour un abcès cérébral en évolution. Il est très probable qu'il s'est agi là de symptômes réflexes et aussi, en partie, dus à un certain degré de compression du sinus latéral.

Il serait facile de multiplier ces observations et de montrer aussi que la septicémie d'origine otique, tout à fait à son début, peut

faire croire parfois à l'évolution d'une complication endo-cranienne.

On peut cependant espérer que les erreurs de diagnostic de ce genre sont appelées à devenir dorénavant plus rares par l'emploi d'un moyen d'exploration entré récemment dans la pratique, je veux parler du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien. M. Tuffier a montré son importance pour le diagnostic des lésions traumatiques du crâne ayant intéressé tout au moins les méninges. Jusqu'à présent, ce sont surtout les médecins qui ont étudié cette méthode, et vous savez qu'ils admettent que les lymphocytes s'observent dans les affections cérébrales à évolution chronique, les polynucléés dans les cas à évolution aiguë (méningite en particulier), et que dans l'hystérie et la neurasthénie le cyto-diagnostic est négatif. De nombreuses recherches sont évidemment encore nécessaires pour établir d'une manière positive ce que pourra donner cette méthode dans les affections chirurgicales des méninges et du cerveau.

J'ai eu, au mois de juin dernier, l'occasion de faire servir l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien au diagnostic d'un abcès du cervelet en évolution chez un gendarme âgé de vingt-sept ans, et atteint d'une otite moyenne chronique suppurée du côté gauche, remontant au jeune âge. Le malade, entré à l'hôpital avec une fièvre continue et des signes d'embarras gastrique, fut tout d'abord considéré comme suspect d'une fièvre typhoïde; le séro-diagnostic permit d'éliminer rapidement cette dernière maladie. Après la chute de la fièvre, le médecin traitant, ayant remarqué l'apparition d'une parésie faciale gauche et ayant appris que le sujet avait souffert de l'oreille de ce côté, l'envoie à ma consultation. Je constate une otite moyenne chronique suppurée avec productions polypiformes volumineuses, et je rattache sans hésiter la parésie faciale à cette affection. Quelques jours après, le malade se plaint d'un peu de céphalée, est abattu et présente quelques vomissements survenant sans cause appréciable. Comme je soupçonnais une complication encéphalique, mon collègue Vaillard voulut bien faire pratiquer au laboratoire du Val-de-Grâce l'examen cytologique de quelques grammes de liquide céphalo-rachidien extraits par une ponction lombaire. Cet examen révèle la présence de lymphocytes dans ce liquide et confirme nos soupçons. De nouveaux symptômes apparus les jours suivants nous ayant permis de localiser la complication dans le cervelet, j'eus recours à une intervention chirurgicale qui resta incomplète et ne put empêcher une terminaison funeste. L'autopsie montra un abcès occupant le lobe gauche du cervelet, tout à fait vers le sommet du rocher, déterminé par la propagation directe du

processus suppuratif de l'oreille moyenne à travers le vestibule et le conduit auditif interne. Le pus contenait des staphylocoques, des pneumocoques en quantité notable et quelques amas zoogléiques.

Je crois donc que, dans les cas douteux de complication encéphalique, il y a tout avantage à recourir à l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien au lieu de pratiquer d'emblée une ponction exploratrice du cerveau. D'autre part, je me permettrai de dire à M. Broca qu'il accuse un peu à tort les médecins de régiment qui ont d'abord soigné les malades de M. Imbert, d'être presque la cause de leurs complications. Chargé depuis plusieurs années d'un important service sur lequel sont évacués tous les militaires de la garnison de Paris atteints d'affections de l'oreille, il m'est arrivé à plusieurs reprises de voir se développer des mastoïdites sur des sujets rationnellement traités, largement paracentisés et pansés aussi antiseptiquement et aseptiquement que l'on peut le désirer.

Rapports.

Deux cas de rétrécissement du pharynx, par M. MORESTIN.

Rapport par M. LEJARS.

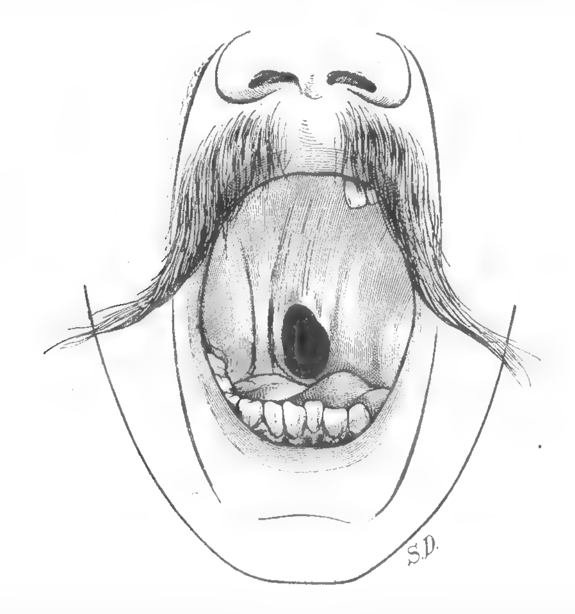
Sur cette question si complexe des rétrécissements du pharynx et des interventions qui peuvent leur être opposées, M. Morestin nous a fourni deux documents d'autant plus intéressants, que les faits de ce genre sont rares et que les succès opératoires complets et durables peuvent être tenus pour exceptionnels. Nous savons — et M. Morestin nous rappelle tout d'abord — que ces rétrécissements se départagent naturellement en trois groupes, suivant leur siège, et qu'ils sont *naso-pharyngés* ou supérieurs, bucco-pharyngés ou intérieurs, laryngo-pharyngés ou inférieurs.

La première observation de M. Morestin est un exemple de rétrécissement naso-pharyngé.

Il s'agit d'un mécanicien de trente-quatre ans, que M. Morestin eut l'occasion de traiter à l'hôpital Tenon, dans mon service, en septembre 1900. L'affection pharyngée remontait à six ans : elle avait débuté par une angine, dont la nature paraît avoir été entièrement méconnue du malade, et au cours de laquelle la voix changea brusquement de timbre et devint nasonnée, « en même temps que se produisaient des perturbations considérables dans l'acte de la déglutition ». Tous ces désordres s'atténuèrent; mais,

trois ans après, une ulcération ronde se montrait à la lèvre supérieure, près du nez; elle disparaissait en quelques jours par le sirop de Gibert et l'iodure, et confirmait encore l'origine commune de tous les accidents. Trois semaines avant d'entrer à l'hôpital, le malade avait été pris, brusquement, la nuit, d'un accès de suffocation qui dura plusieurs minutes; depuis, il éprouve une gêne constante, des picotements, une sensation de corps étranger très désagréable, qui le fait tousser.

Or, voici ce que l'on constate, à l'examen de la gorge (fig. I) : les piliers antérieurs sont intacts, les amygdales sont petites; les



piliers postérieurs, eux, sont méconnaissables, déformés, tiraillés, attirés en haut et en arrière par des bandes cicatricielles. Quant à la luette, presque entièrement détachée, elle est appendue à un pédicule grêle, représenté par un débris de muqueuse, et figure une sorte de polype pédiculé qui vient chatouiller la base de la langue, et, sans doute, aussi l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques.

Sillonné en tous sens de brides cicatricielles, le pharynx ne communique plus avec l'arrière-cavité des fosses nasales que par un orifice étroit, à bords rigides, obliquement dirigé d'avant en arrière et de droite à gauche; sauf au niveau de ce défilé, le bord postérieur du voile est complètement soudé à la paroi pharyngée postérieure,

Bien que la communication bucco-pharyngée soit ainsi réduite

à des dimensions toutes restreintes (l'orifice mesure 1 centimètre de large et 13 millimètres de long), les troubles fonctionnels sont, en réalité, peu accusés; c'est la luette, pendante et polypoïde, qui paraît être responsable de tous les accidents récents : M. Morestin en pratiqua l'excision, et borna là son intervention, qui fut suivie de la cessation immédiate de toute gêne et de tout désordre sérieux.

Ce qu'il convient de relever ici, c'estprécisémcnt cette accommodation fonctionnelle particulière, qui permettait à un pharynx si profondément déformé de conserver encore une aptitude physiologique suffisante. Le fait n'est pas exceptionnel, d'ailleurs, et nous relevons de temps en temps cette absence des troubles graves qui contraste avec les déformations considérables d'une arrière-gorge labourée par la vérole, rétrécie et tout entière cicatricielle. Ainsi en était-il chez un de mes malades, de la Pitié, dont le pharynx, scléreux et tendu de brides cicatricielles, présentait l'aspect étrange que vous voyez sur le dessin : il n'avait qu'un nasonnement très tolérable, en somme, et aucune autre gêne fonctionnelle.

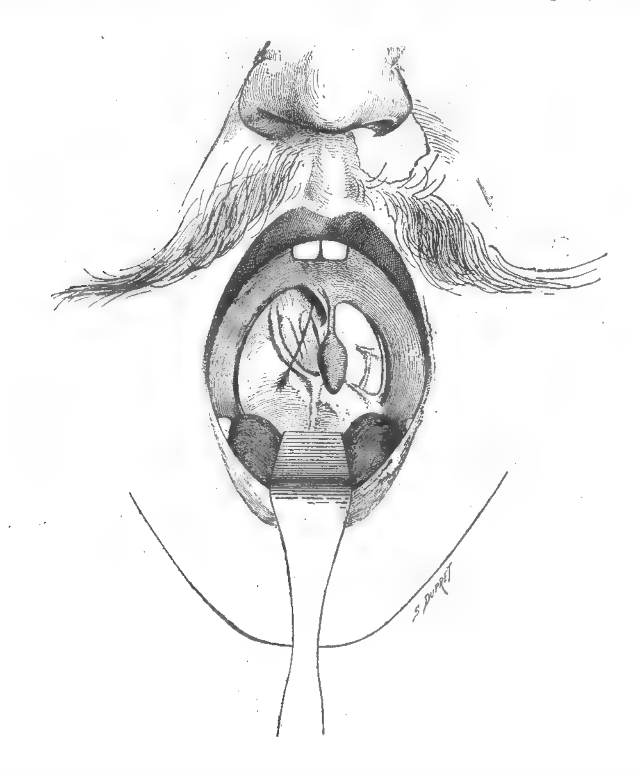
La seconde observation de M. Morestin est beaucoup plus intéressante, parce que, cette fois, il a eu affaire à un rétrécissement bucco-pharyngé très évasé et compliqué d'accidents fort impuissant et qu'il a eu recours à une intervention réparatrice fort bien conçue et suivie d'un résultat durable.

Je passe vite sur les détails. C'était un homme de trente-quatre ans, soigné dans le service du professeur Fournier pour une syphilis linguo-bucco-pharyngée, d'allures envahissantes réellement terribles. « La cavité bucco-pharyngienne présentait un des plus extraordinaires types de lésions gommeuses qu'on eût vu depuis longtemps à Saint-Louis. » La langue entière s'élimina; les incisives supérieures tombèrent, toute la partie alvéolaire correspondante des maxillaires supérieurs se nécrosa; les piliers, le voile se détachèrent aussi en partie, et furent emportés par débris. La situation fut un moment si précaire, qu'une terminaison mortelle était à craindre; enfin, le traitement eut raison de ces formidables lésions; mais la réparation cicatricielle entraîna le rétrécissement bucco-pharyngé que montre la figure 2.

La bouche est fermée en arrière par une membrane tendue, un rideau, soudé en bas au moignon de langue, et partout continu, sauf au niveau d'un orifice placé à la partie inférieure de la cloison, orifice à peu près triangulaire, à bords rigides, n'admettant que le bout de l'index, et mesurant 11-12 millimètres de long, 1 centimètre de large.

Ici, les troubles fonctionnels étaient des plus inquiétants : l'ali-

mentation se faisait fort mal; les liquides et les bouillies passaient seuls; « encore fallait-il procéder par très petites gorgées, et porter la tête en arrière, pour que le liquide pût couler par l'orifice comme au fond d'un entonnoir ». La salive s'accumulait dans la bouche; la parole était absolument inintelligible. Ajoutons pourtant que l'examen du moignon de langue et de la cloison bucco-pharyngée montrait que la musculature n'avait pas entièrement disparu dans l'épaisseur de l'un et de l'autre ; au niveau de la langue, on sentait



un noyau épais, que le malade pouvait faire durcir ou faire saillir, et, sur le rideau palatin, on distinguait aussi des mouvements partiels, des changements de tension: c'était là un appoint fort utile pour la restauration fonctionnelle future.

Voici donc ce que fit M. Morestin : après s'être dûment rendu compte que, tout autour de l'orifice, il restait de l'étoffe, et, derrière, une cavité pharyngée libre et très spacieuse, il pratiqua de chaque côté un débridement de 3 à 4 centimètres, en donnant à chacune de ces incisions une direction curviligne à convexité inférieure, mais légèrement ascendante.

Ces incisions furent faites en plusieurs temps, peu à peu, « et,

après chaque coup de bistouri, un point de suture au fil d'argent était appliqué sur l'une et l'autre tranche de section, réunissant muqueuse antérieure et muqueuse postérieure ». Or, chaque coup de bistouri donnait un écartement tel « que les deux tranches de section formaient immédiatement l'une avec l'autre un angle très obtus ». L'affrontement fut aisé et très exact au niveau du premier point, sur la zone relativement mince de la cloison; plus loin, l'épaisseur devint plus grande et l'adossement des deux muqueuses moins facile; il fallut décoller un peu, de la pointe du bistouri, la lèvre postérieure. En tout, on plaça seize points de suture. L'intervention avait eu lieu dans la position de Rose, la tête en bas.

L'opération terminée, « une vaste ouverture losangique faisait largement communiquer la bouche et le pharynx, offrant cinq centimètres dans le sens transversal, quatre à peu près verticalement. Elle était presque trop grande », mais, ajoute avec beaucoup de raison M. Morestin, il fallait compter avec la rétraction cicatricielle.

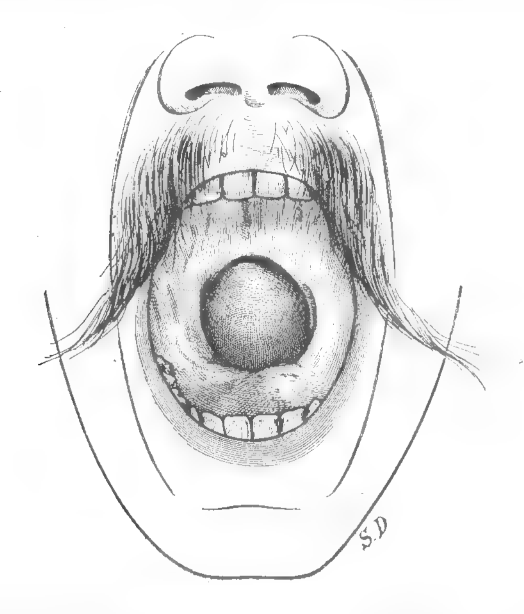
Or, les effets de cette rétraction furent heureusement très médiocres, et se limitèrent aux deux angles, à la portion épaisse de la membrane qui ne s'était pas prêtée à une réunion exacte; à ce niveau, les fils avaient coupé, les lèvres s'étaient en partie désunies, et la cicatrisation se fit par bourgeonnement. Sur les parties minces de la membrane, les deux muqueuses avaient été régulièrement affrontées, la réunion était parfaite.

M. Morestin nous a présenté ici son opéré, au bout de neuf mois; depuis plusieurs mois, la communication bucco-pharyngée conservait les mêmes dimensions, et le résultat acquis devait être tenu pour définitif; l'orifice est ovalaire (fig. 3), légèrement asymétrique; « au repos, il présente 3 centimètres dans le sens vertical, un peu moins dans le sens transversal. Les bords de cet orifice sont souples, ils sont dilatables, le doigt peut les refouler vers l'intérieur. Bien plus, sa configuration se modifie spontanément. On en peut juger en faisant émettre au malade certains sons. »

La restauration fonctionnelle est des plus satisfaisantes, la voix elle-même, bien qu'encore « un peu sourde et étrange », est redevenue très intelligible, et l'opéré a pu reprendre un service très actif, « et qui n'est point un service de muet ».

L'opération de M. Morestin a donc été suivie d'un très beau succès, et la méthode qu'il a utilisée mérite d'être signalée et imitée. De fait, les rétrécissements du pharynx n'ont été l'objet, le plus souvent, que d'interventions toutes palliatives, incomplètes, et de résultat fort médiocre : la dilatation a été fréquemment

tentée, ou encore les débridements multiples au thermocautère ou au bistouri. Ces pratiques sont loin d'être toujours inoffensives; la section des brides et du bord scléreux de l'anneau saigne, en général, beaucoup plus qu'on ne le croirait, et des hémorragies graves sont survenues à la suite de ces débridements. C'est donc là une technique irrégulière, dangereuse, et qui, de plus, ne réa-



lise d'ordinaire qu'un agrandissement insuffisant et tout passager de l'orifice de communication.

M. Morestin a eu recours à une méthode tout autrement rationnelle, en appliquant au rétrécissement pharyngé les principes généraux de ce qu'on pourrait appeler la chirurgie plastique des orifices muqueux atrésiés : les débridements commissuraux et l'ourlet muco-muqueux des deux lèvres de la fente. Cet affrontement exact des deux muqueuses et leur réunion représentent, en effet, la condition essentielle du succès définitif, condition que l'état anatomique de l'orifice coarcté et de la zone voisine ne rend pas, d'ailleurs, toujours réalisable.

Observation de fistule vésico-vaginale,
par M. SPARTALI, chirurgien de l'Hôpital arménien, à Smyrne.

Rapport par M. BAZY.

Vous m'avez chargé de vous rapporter une observation de M. le Dr Spartali, chirurgien à l'Hôpital arménien à Smyrne (Turquie d'Asie), intitulée : *Fistule vésico-vaginale distante du col de l'utérus de 1 centimètre. Guérison après deux interventions. Hémorragie grave après la première.*

Il s'agit d'une jeune femme de seize ans, qui accouche au forceps, à l'âge de quinze ans et demi. A la suite de l'intervention, fistule vésico-vaginale qui, lorsque le Dr Spartali la voit, a la dimension d'une lentille ; il existe en outre deux brides cicatricielles sur la paroi antéro-latérale gauche du vagin.

Urines normales. Utérus et annexes sains. État général excellent.

Le Dr Spartali procède à l'opération en fermant la fistule par deux plans de suture : un profond, en bourse, à la soie, un superficiel à points séparés pour coapter les lambeaux vaginaux. Sonde à demeure.

Les trois premiers jours se passent sans incident. Le quatrième jour, notre confrère est appelé en toute hâte auprès de la malade, qui a une violente hématurie.

A son arrivée, il trouve la malade exsangue, perdant du sang en abondance par l'urètre. Le pouls est à 140, petit, filiforme, 48 respirations par minute; facies très pâle.

Après injection de caféine, d'éther, de sérum artificiel, il examine la malade et ne voit rien dans le vagin; il fait sauter les points de suture, ouvre la vessie, d'où il fait sortir de nombreux caillots, puis, saisissant les bords de la plaie vésico-vaginale avec des pinces à griffes, il les abaisse pour les mieux voir. Pour faire l'hémostase, il fait un surjet à la soie des lèvres de cette plaie : l'hémorragie s'arrête.

Sous l'influence des injections sous-cutanées d'eau salée, la malade se remonte, et un mois et demi après il peut procéder à l'occlusion de la fistule.

Il dissèque deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, sur une étendue de deux bons centimètres ; il les mobilise et les suture au moyen de quatre points séparés au crin de Florence.

Sonde à demeure fixée à la petite lèvre et décubitus latéral, tantôt gauche, tantôt droit, pendant douze jours, au bout desquels on enlève les fils. Guérison.

La malade a été revue quatre mois après l'opération. La guérison s'est maintenue.

Le Dr Spartali ne fait suivre cette observation d'aucune réflexion.

Il est probable qu'il nous a envoyé cette observation à cause de la rareté des hémorragies secondaires après l'opération de la fistule vésico-vaginale. En fait, cette complication est absolument exceptionnelle et doit probablement être due à l'ulcération d'une artère vésicale par un fil de soie qui n'est pas resté aseptique.

Je ne saurais approuver la première manière d'opérer de notre confrère et ses deux plans de suture. J'aime mieux sa deuxième manière, qui lui a donné un succès complet : il a, en effet, fait sa deuxième opération par le procédé du dédoublement.

Permettez-moi, à ce sujet, de vous faire part d'un cas particulièrement grave où le procédé du dédoublement m'a donné un succès complet en *une seule* séance.

Il s'agit, comme dans un cas dont je vous ai déjà entretenu, d'une *destruction de la paroi vésico-vaginale et rétrécissement cicatriciel du vagin, consécutifs à un accouchement laborieux.*

La nommée L... (Marie), âgée de trente et un ans, m'est envoyée par le Dr Bourdel, parce que depuis son accouchement elle perd son urine. C'est une femme petite, légèrement rachitique. Elle accouche à terme le 29 décembre 1900.

Le travail fut très pénible ; il dura *trois jours et demi* et finit par se faire sans le secours d'aucun médecin ; l'enfant était mort, cela va sans dire, et mort dans le cours du travail.

Délivrance naturelle. La malade ne paraît pas avoir eu de fièvre après l'accouchement.

Le lendemain de l'accouchement, elle fut surprise de ne point éprouver le besoin d'uriner, et, d'autre part, son lit était très mouillé et le liquide qui imbibait les draps avait l'odeur urineuse.

Depuis ce moment, elle perd continuellement son urine et n'a jamais le besoin d'uriner.

La malade, fatiguée, affaiblie, resta couchée environ un mois ; quand elle se leva, l'urine tomba goutte à goutte sur ses cuisses.

Je la vois pour la première fois le 9 février.

L'incontinence d'urine est complète et continue. La malade est obligée de se garnir.

Sur la face interne des cuisses, sur les grandes lèvres, la région péri-anale, sur les fesses, lésions érythémateuses, avec, en certains points, des saillies boutonneuses, à sommet exulcéré.

A un premier examen, on constate que la perte de substance s'étend depuis le col utérin, déformé et en partie détruit, jusqu'à 1 centimètre et demi du méat ; la muqueuse vésicale fait hernie

dans le vagin, qui est rétréci par des brides transversales.

La vulve est violacée, les parois vaginales aussi, et ces tissus paraissent avoir une faible vitalité; aussi ai-je conseillé à la malade d'attendre quelques mois avant de se faire opérer.

Il y a donc une perte de substance intéressant toute étendue de la cloison vésico-vaginale et une partie de la paroi urétrale; le col vésical paraît détruit.

La malade revient vers le milieu du mois de mai; je la reçois, et voici ce que je constate :

En écartant les grandes et les petites lèvres, on voit, comme antérieurement, la vessie faire hernie dans le vagin à travers un orifice dont les limites sont ainsi déterminées par le toucher digital.

L'orifice s'étend du col de l'utérus ou de ce que je pense être le col de l'utérus (tant les altérations sont profondes), où son bord forme une bride à concavité antérieure jusqu'à 2 centimètres environ en arrière du méat, où une bride analogue à la précédente, mais concave postérieurement, la limite en avant.

Transversalement, il s'étend jusqu'aux parois latérales du vagin et aux branches ischio-pubiennes.

Postérieurement, la cloison recto-vaginale est cicatricielle. Sur cette cloison, on remarque une autre bride cicatricielle, transversale, à concavité antérieure, située en face du bord antérieur de la brèche vésico-vaginale. Les deux déterminent un notable rétrécissement du vagin, à travers lequel on peut à peine passer l'index.

En arrière d'elle, le doigt entre dans une petite cavité, vestige du cul-de-sac postérieur, où l'on sent une induration qui doit représenter le col utérin.

L'hystéromètre introduit dans l'uretère est arrêté, ce qui fait croire à l'oblitération du canal de l'urètre.

L'atrésie du vagin empêche d'introduire une valve et de se rendre compte *de visu* de l'état des lésions.

J'essaie de dilater le rétrécissement vaginal par l'introduction de pessaires de Gariel, mais ils sont si mal supportés, que j'y renonce, et décide de faire l'opération.

Je copie textuellement le registre d'opérations : 6 juin.

Pour se donner du jour et voir les bords de la perte de substance vésico-vaginale, on est obligé de débrider la cicatrice en croissant qui occupe la face postérieure du vagin et le rétrécit considérablement.

Ce débridement est fait en arrière et en avant de chaque côté, surtout du côté droit, et assez profondément; il est suivi d'un écoulement de sang relativement abondant. On peut voir alors

assez facilement la demi-circonférence postérieure de l'orifice vésico-vaginal, qui a les dimensions d'une pièce de 2 francs.

On la dédouble sur une hauteur de 2 centimètres jusqu'au niveau des parois latérales du vagin. Le dédoublement de la demi-circonférence antérieure est plus difficile, en raison du recroquevillement en haut et en avant de la cicatrice vésico-vaginale. Il est fait sur une hauteur de 1 centimètre environ.

On introduit une sonde cannelée dans l'urètre, dont l'orifice profond, rétréci, peut maintenant, grâce à l'anesthésie, être retrouvé. Après le dédoublement, on l'élargit d'un coup de bistouri.

Puis on procède à la suture dans le sens antéro-postérieur, et, par conséquent, de façon à avoir une ligne de suture transversale, par un surjet au catgut n° 2.

On vérifie l'étanchéité en injectant de l'eau stérilisée dans la vessie.

On fait également un surjet au catgut sur la plaie créée du côté droit par le débridement de la paroi vaginale postérieure, qui était le plus considérable, le plus profond et le plus saignant.

Le surjet est fait de façon à avoir une suture transversale et à élargir le vagin, dont on constate aisément l'augmentation des dimensions. Injection vaginale chaude.

La susceptibilité de la peau de la malade est telle, que l'eau très chaude, il est vrai, mais néanmoins bien supportée par la main d'un aide, détermine une sorte de vésication sur le périnée. Aussi enduit-on de vaseline la gaze iodoformée qui est appliquée comme pansement dans le vagin et sur la région périnéale.

Sonde de Malécot dans la vessie. Chloroforme.

Les jours qui suivent l'opération, le pansement est renouvelé. Le périnée et la face interne des fesses, qui ont été le siège de la vésication signalée plus haut, forment une escarrification assez étendue sur laquelle on applique des compresses d'eau oxygénée et puis de sérum.

Des escarres superficielles se détachent et laissent voir des plaies qui se cicatrisent assez rapidement.

J'avais eu des inquiétudes très vives en voyant ces troubles trophiques et j'avais craint que la suture ne tînt pas, mais il n'en a rien été.

La sonde de Malécot avait été changée au sixième jour, parce qu'elle ne fonctionnait pas bien, incrustée qu'elle était de sels calcaires : elle est remplacée par une sonde en gomme.

Je m'assurai que la vessie était bien fermée, mais je dus laisser la malade au lit jusqu'au 15 juillet, parce qu'ayant perdu son sphincter, toutes les fois qu'elle se levait, elle perdait son urine.

Je voulais attendre que la région fût devenue moins sensible pour essayer un appareil analogue à celui que j'avais fait faire pour ma première malade.

Je priai donc M. Collin, qui avait fait le premier appareil, d'en faire un autre à peu près semblable. Il consiste essentiellement dans un doigt à ressort venant s'attacher par une extrémité à une ceinture pelvienne, et terminé à l'autre extrémité par une espèce de petite pelote de caoutchouc comprimant l'urètre au voisinage du méat.

Les organes étant très sensibles, la malade ne peut le supporter et le laisse rouiller.

Elle est restée ainsi pendant deux mois. Mais ce contre-temps n'a pas été inutile, car il nous a permis de constater un phénomène tout à fait favorable, à savoir que, maintenant, la nuit, elle peut rester deux et trois heures sans être mouillée, et dans le jour elle perd beaucoup moins, et peut de temps en temps émettre une certaine quantité d'urine.

Il en résulte que l'appareil qui a été refait, et qu'elle supporte bien maintenant, me paraît devoir être inutile : je lui ai conseillé, puisqu'elle paraissait avoir une vessie continente, de tâcher d'améliorer l'état de son sphincter vésical. Peut-être y parviendra-t-elle. En tout cas, elle a actuellement à sa disposition un appareil qui assure la contention de l'urine et qui l'empêche d'être mouillée.

Voilà donc un cas à l'actif du procédé de dédoublement.

Il eût été certainement plus facile de faire à cette malade l'occlusion du vagin, les deux parois antérieure et postérieure étant plus rapprochées que les bords de la perte de la substance vésicale. Mais vous savez ce que j'en pense : tout plutôt que cela ; il vaudrait mieux ne rien faire et faire porter un appareil pour recueillir l'urine.

Je proscris aussi toute autre opération, telle, par exemple, que l'occlusion par le col de l'utérus d'une perte de substance étendue : mettre le col de l'utérus dans la vessie, c'est exposer à la fois la vessie et l'utérus à être infectés, même quand ils ne le sont pas avant l'opération.

Il est irrationnel de déterminer dans une vessie des diverticules et arrière-cavités où les micro-organismes pourront cultiver, alors qu'ils seraient impuissants dans une vessie à parois lisses. Il ne peut y avoir qu'échange de mauvais procédés entre la vessie d'une part, l'utérus et les trompes de l'autre.

Et comme le procédé du dédoublement permet d'attaquer les fistules les plus étendues, c'est à lui qu'il faut avoir recours.

Les deux cas dans lesquels il m'a donné des succès et dont

l'un remonte à neuf ans, sont certainement des plus graves, puisque les pertes de substance vésicale étaient consécutives à des gangrènes totales du vagin, et s'accompagnaient, surtout la dernière, d'une atrésie considérable de ce dernier organe qu'il a fallu d'abord attaquer pour pouvoir atteindre la perte de substance vésicale.

Un dernier point sur lequel je crois devoir insister : c'est la nature du fil à suture que j'emploie : je me sers toujours de catgut, dont la résorption est toujours assez tardive pour n'avoir pas à craindre que la cicatrice ne soit pas solide avant la fin de cette résorption. Il évite l'ennui d'avoir à retirer des fils, ce qui dans mon cas eût été particulièrement difficile.

M. Berger. — Le procédé de dédoublement n'est pas toujours applicable, surtout dans les cas de vagin cicatriciel, où tout est cicatrice. Ce sont des cas qu'il faut dilater peu à peu, lentement, avec des boules de Boseman et de petites incisions libératrices.

J'en ai vu quelques-uns que j'ai pu guérir, mais il me semble difficile de faire des dédoublements dans un tissu de cicatrice; ou peut s'exposer à des échecs.

Au contraire, on pourra employer ce dédoublement dans les cas de fistule vésico-vaginale simple, où le tissu cicatriciel est peu abondant et peu épais.

Quant aux fils, je n'ai pas beaucoup de confiance dans le catgut, qui me paraît plus infectable; j'aime mieux employer le crin de Florence et même le fil d'argent.

Il y a un autre point sur lequel je veux insister, et qui a trait à la dernière partie de l'observation de M. Bazy, à savoir, la possibilité pour la vessie de retrouver ses fonctions.

Les faits que j'ai vus prouvent qu'il ne faut pas désespérer de voir la vessie de sa malade se sphinctériser.

M. Pierre Delbet. — Je voudrais indiquer rapidement deux points de la thérapeutique des fistules vésico-vaginales, et d'abord les avantages que l'on peut tirer de la taille hypogastrique dans quelques cas exceptionnels.

Je me suis trouvé, il y a six ou sept ans, en présence d'une immense fistule vésico-vaginale qui allait du col de la vessie au col de l'utérus, qui s'étendait du côté gauche jusqu'à la paroi latérale du vagin et qui remontait du côté droit par une sorte de canal cicatriciel dans la direction du détroit supérieur.

Par une série d'opérations vaginales, je réussis à fermer la portion proprement vaginale de la fistule, mais l'écoulement d'urine persistait. En injectant des liquides colorés dans la vessie, je

constatai qu'ils ressortaient par cet infundibulum cicatriciel dont j'ai parlé. J'essayai de le fermer par en bas, mais les parois étaient tellement rigides que je ne pus arriver à aucun résultat.

Je me décidai à faire la taille hypogastrique. La vessie ouverte, je constatai que l'orifice fistuleux remontait jusqu'au niveau du détroit supérieur et qu'en ce point ses bords étaient adhérents à l'os lui-même. Pour pouvoir faire une suture, je dus détacher à la rugine un lambeau comprenant le périoste de l'ilion fusionné avec la muqueuse vésicale.

Le résultat de cette opération fut très satisfaisant, mais pas parfait. J'ai eu des nouvelles de cette malade plusieurs années après l'avoir opérée. Elle contenait bien ses urines en général, mais il arrivait quelquefois qu'un léger suintement se produisait par le vagin. Il est probable qu'il a persisté un petit pertuis haut situé, qui ne livre passage à l'urine que lorsque la vessie est distendue, et seulement dans certaines positions.

Le second point, dont je voulais dire un mot, a trait à l'incontinence par destruction du sphincter. Il me semble que lorsqu'il persiste une certaine étendue d'urètre, comme dans le cas de M. Bazy, on pourrait recourir à l'opération de Gersuny, qui consiste, vous le savez, à disséquer l'urètre et à le tordre sur son axe, de manière à déterminer la formation de valvules spiroïdes.

J'ai employé une fois cette opération pour une de ces incontinences qui surviennent sans cause apparente chez les femmes d'un certain âge, et j'en ai été très satisfait.

M. Ricard. — Je crois le procédé du dédoublement applicable à tous les cas ; je l'ai employé encore dernièrement avec succès sur une malade à qui on avait fait l'occlusion du vagin, ce qui avait déterminé des accidents graves, — cystite et formation de graviers dans le cul-de-sac vaginal ; — j'ai désuni le vagin et guéri ensuite la fistule.

M. Bouilly. — La question des fistules vésico-vaginales est bien changée depuis quelque temps.

Les fistules sont rares actuellement, et à ce point de vue, je crois qu'il faut rendre hommage à la meilleure éducation des médecins et des accoucheuses. Les fistules ont de plus une physionomie différente. Nous ne voyons plus ces grands délabrements comme ceux dont il est question ici.

Je peux rapprocher du cas de M. Bazy un cas qui est encourageant et qui montre que la vessie, chez sa malade, pourra retrouver ses fonctions. Il s'agit d'une perte de substance, occu-

pant la paroi inférieure de la vessie, une partie du col de l'utérus, le col de la vessie et l'urètre.

J'ai fermé cette vaste perte de substance par des opérations successives ; mais, après l'opération, la malade perdait ses urines tout comme auparavant, quoiqu'il n'y eût plus de fistules : elle n'avait plus de sphincter vésical. La malade était désolée et j'étais fort désappointé.

Or, je l'ai revue, quatre ans après l'opération; elle était radieuse. Depuis deux ans, elle ne perdait plus ses urines ; son sphincter avait retrouvé ses fonctions.

Quant à la torsion de l'urètre dont a parlé M. Delbet pour guérir cette incontinence, je ne puis partager son opinion. L'opération de Gersuny ne convient qu'à ces cas d'incontinence d'urine sans cause connue qui ne se rattachent ni à des lésions de l'urètre, ni à des prolapsus.

J'ai fait cette dernière dans trois cas, et j'ai eu trois succès, et on les a sans qu'on connaisse le mécanisme de cette guérison.

M. Quénu. — Je crois le procédé du dédoublement applicable à presque tous les cas. J'ai eu à traiter une fistule haut située consécutive à une hystérectomie vaginale. J'ai réséqué le tissu cicatriciel et fait au moyen d'un dédoublement une espèce de cylindre cruenté dont j'ai réuni les faces, et la guérison a été complète.

Je crois néanmoins qu'il y a des cas au-dessus des ressources chirurgicales.

J'en ai vu deux : dans l'un, il s'agissait d'une destruction de vessie consécutive à une brûlure par un caustique, et dans l'autre il s'agissait d'une destruction du vagin par le séjour de la tête d'un fœtus pendant quarante-huit heures. Dans l'un et l'autre cas, la large brèche vésico-utéro-vaginale se compliquait d'une large communication du vagin avec le rectum.

M. Berger. — Les cas de fistule, comme celui qu'a cité M. Quénu, survenus à la suite d'une hystérectomie vaginale, ne sont en rien comparables aux cas de destruction des parois vésico-vaginales consécutifs à l'accouchement.

M. Bazy. — Le procédé du dédoublement est pour moi depuis longtemps le procédé de choix, puisque mon premier cas de destruction de la cloison vésico-vaginale remonte à neuf ans, alors que j'étais assistant de M. Peyrot, et qu'il a été traité par ce procédé.

En réponse aux observations de M. Berger, je dirai que je dois probablement m'être mal expliqué : car mon cas appartenait

certainement à la catégorie des plus graves, puisque, quoique l'orifice vésico-vaginal n'eût qu'une étendue d'une pièce de 2 francs, la destruction d'une partie de l'urètre, dont il ne restait qu'un centimètre et demi environ, la destruction du col utérin, qui n'était plus représenté que par une induration située au fond de l'entonnoir vaginal, la destruction de ces organes, dis-je, prouvait bien l'étendue de la perte de substance; en outre, l'induration cicatricielle de la paroi recto-vaginale et le rétrécissement vaginal qui en était la conséquence, montraient l'étendue des lésions de ce côté. Ce cas donc était parmi les plus graves.

M. Berger craint que le dédoublement portant sur des tissus cicatriciels ne soit pas suivi de succès, mais il serait difficile d'opérer sur d'autres tissus, puisque tout est cicatriciel dans les parties à opérer. Il faut donc se contenter de ce que l'on a, et l'événement prouve heureusement que l'on a raison d'avoir confiance.

Je ne dirai pas mieux que ce qu'a dit M. Bouilly à propos de l'opération de Gersuny, qui n'était pas applicable à mon cas, et j'espère que le résultat fonctionnel sera aussi bon chez ma malade que chez les malades de MM. Bouilly et Berger.

La voie hypogastrique pour la cure des fistules vésico-vaginales ne saurait convenir qu'aux fistules situées très haut, comme celle de M. Delbet: elle serait très mauvaise pour les autres, ainsi que l'a montré un cas signalé antérieurement par M. Ricard.

M. Berger a répondu par avance à M. Quénu à propos des fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale.

Communication.

M. Sébileau fait une communication, sur une observation de *suppuration aiguë de la caisse du tympan. Phlébite nécrogène du sinus latéral et de la veine jugulaire interne.* — M. Broca, rapporteur.

Présentations de malades.

Résection du ganglion de Gasser.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter un homme chez qui j'ai pratiqué la résection du ganglion de Gasser.

Depuis trois ans il souffrait d'un tic douloureux. Il avait sub iverses opérations sans succès; et notre collègue Guinard, qui me précédait à Bicêtre, lui fit, le 10 novembre 1900, la résec- ion du nerf maxillaire supérieur à sa sortie du crâne dans la

fosse ptérygo-maxillaire. Cette opération ne donna aucun soulagement, pas même momentané.

Il était donc certain que la lésion engendrant les douleurs était située plus haut. Comme les crises douloureuses étaient devenues subintrantes, comme la morphine, même à la dose de trente centigrammes par jour, ne procurait qu'un soulagement incomplet, la résection du ganglion de Gasser était indiquée, et le malade, averti de la gravité de l'opération, la réclamait impérieusement.

J'hésitais cependant à la pratiquer, et cela pour une raison particulière. Le malade, comme vous pouvez le voir, est strabique. Son œil droit est exclu de la vision, et c'est à gauche que siégeait la névralgie. Or, on sait que la résection du ganglion de Gasser entraîne parfois des troubles graves de l'œil correspondant. Chez notre homme, ces troubles auraient eu des conséquences particulièrement terribles.

Aussi, avant de l'opérer, comme les douleurs débutaient toujours dans la région du maxillaire supérieur correspondant aux racines de la canine et de la première prémolaire, bien que ces dents fussent saines, je demandai au malade de les faire arracher, ce qu'il fit sans en tirer le moindre bénéfice.

Je me décidai donc à l'opérer.

L'opération a été faite le 8 octobre ; je vais vous la décrire très rapidement sans en faire ni l'éloge ni la critique. Je ne veux point, à propos d'une présentation de malade, entrer dans une discussion qui pourrait être longue.

Je taillai un grand lambeau ostéoplastique remontant jusqu'aux insertions supérieures du temporal. Après avoir fracturé ce lambeau osseux aussi bas que possible, je le réclinai, et, pour pouvoir le rabattre plus bas et me donner plus de jour, je sectionnai à ses deux extrémités l'arcade zygomatique. J'essayai alors de relever le cerveau, mais il me parut impossible de le relever suffisamment — sans violence — pour voir le nerf maxillaire inférieur.

Je dénudai donc le plan sous-temporal, la face inférieure de la grande aile de sphénoïde et je fis sauter à la pince-gouge toute cette partie de la base du crâne.

C'est alors qu'apparut la prodigieuse différence qu'il y a pour cette opération entre le cadavre et le vivant. Sur le cadavre, tout cela, bien qu'assez pénible, se fait facilement. Sur le vivant, l'hémorragie est insupportable : non pas qu'elle ait été un seul instant menaçante. Mais quelle que fût la position que je donnais à la tête, le sang s'accumulait toujours au fond de la plaie, masquant précisément les lésions sur lesquelles il fallait agir ; aussi ce temps opératoire fut-il long et extrêmement pénible.

J'arrivai enfin au trou ovale et mis à nu le nerf maxillaire inférieur. Je me croyais au bout de mes peines, car sur le cadavre tout devient très simple à partir de ce moment. J'avais constaté en effet qu'en donnant un coup de bistouri ou un coup de sonde cannelée le long du nerf de bas en haut on ouvre facilement le cavum de Meckel, c'est-à-dire la loge du ganglion, et qu'il suffit de deux coups de sonde cannelée pour mettre à nu le ganglion, qu'on voit alors très nettement avec ses branches.

Quand je voulus répéter cette petite manœuvre sur mon malade, je n'ouvris aucune espèce de cavité. Le ganglion était adhérent partout. Au lieu d'être suspendu dans une loge par quelques minces tractus filamenteux, il était complètement adhérent à la dure-mère et je n'arrivais pas à le libérer.

Je commençais à distinguer le maxillaire supérieur, quand il se produisit brusquement une hémorragie considérable. D'où venait le sang, il était impossible de le voir. Je n'avais pas déchiré la carotide, car le sang était noir et il n'y avait pas de jet. Avais-je déchiré le sinus caverneux ou un de ses affluents, je n'en sais rien.

Je sectionnai le nerf maxillaire inférieur, puis le nerf maxillaire supérieur et je cherchai à extirper le ganglion en décollant sa face inférieure. Sur le cadavre, cette manœuvre est assez facile et on enlève aisément le ganglion en totalité. Ici je réussis à enlever un gros cordon nerveux long de trois centimètres. Il comprenait forcément, étant donnée sa longueur, une partie du tronc du trijumeau et du ganglion; mais, étant donnée sa forme, je ne pouvais me flatter d'avoir enlevé la totalité du ganglion.

Aussi j'introduisis une curette fine dans la région du ganglion, cherchant à le détruire complètement, mais sans bien savoir si j'y réussissais.

J'arrêtai l'hémorragie profonde en tamponnant avec une mèche de gaz stérilisée, je réappliquai l'arcade zygomatique, le lambeau osseux cranien, et je suturai le tout, sauf le point par où sortait la mèche hémostatique. L'opération avait duré une heure cinquante, et je n'en étais pas très satisfait.

Les suites furent excellentes. Le malade est resté très pâle, très fatigué pendant vingt-quatre heures. Puis il s'est remis avec une étonnante rapidité. Au bout de six jours, il se levait.

Les douleurs ont complètement disparu, et il ne s'est rien manifesté du côté du globe oculaire. J'avais fait fermer les paupières par un pansement indépendant du pansement principal, de façon qu'on pût laver la conjonctive tous les jours sans compromettre l'asepsie de la plaie. L'absence de toute espèce de réaction oculaire a permis de cesser rapidement ces soins.

On pourrait penser que cette absence de toute manifestation sur l'œil est due à l'intégrité de la branche ophtalmique. Mais cette interprétation ne peut résister à la constatation de ce fait que la conjonctive et la cornée sont devenues insensibles.

Je vous l'ai dit, les douleurs ont complètement disparu. Mais, chose singulière, il persiste cependant un léger tic. Par moments, le releveur de l'aile du nez et de la lèvre présente de petites contractions fibrillaires.

M. Guinard. — M. Delbet a tort de ne pas être satisfait du procédé ostéo-plastique qu'il a employé. Je suis au contraire frappé de deux faits qui tiennent à ce procédé. D'abord, au point de vue plastique, il n'y a pas de dépression dans la fosse temporale et ptérygo-maxillaire. En second lieu, il n'y a pas de rétraction du muscle temporal, et c'est ce resserrement invincible des mâchoires dont les malades guéris se plaignent le plus après l'opération. J'ai un malade ainsi guéri depuis six ans de ses névralgies par l'ablation du ganglion de Gasser, et il se plaint encore de cette constriction des mâchoires.

Je trouve donc le résultat opératoire de M. Delbet absolument parfait.

Quant au résultat thérapeutique, il faut attendre pour en parler, puisque l'opération ne date que d'un mois.

J'ai été aussi frappé de cette hémorragie de sang noir dès qu'on arrive dans la région du sinus caverneux; je crois qu'on ouvre des petits sinus afférents innomés et non décrits, variables d'ailleurs dans leur distribution. Le sang s'arrête par la compression, mais cela prolonge toujours l'opération, qui reste, comme je l'ai affirmé ici depuis longtemps, et quoi qu'on en ait dit, une opération toujours grave.

M. Terrier. — J'ai fait cette opération par un procédé peu habituel; c'est le procédé de Hartley, de New-York.

Je l'ai utilisé deux fois : la première fois, j'ai eu un succès étonnant; la deuxième fois, un insuccès aussi étonnant que le succès.

Voici en quoi consiste l'opération :

On fait une incision demi-circulaire dans la région temporale, de façon à créer un lambeau ostéo-musculo-cutané que l'on rabat. C'est ce que j'ai fait. Au moment où mon aide a rabattu le lambeau, l'os nous est sauté au nez. Je l'ai recueilli, mis dans l'eau salée chaude, puis dans une compresse stérile chaude, en attendant la fin de l'opération.

On décolle la dure-mère. On cherche la méningée moyenne, qui n'est pas toujours facile à trouver.

Dans le premier cas, je l'ai vue et liée; dans l'autre, je n'ai pas pu la lier.

On décolle donc la dure-mère en allant vers la base du crâne, et ici commencent les difficultés, à cause du sang.

Autant c'est facile sur le cadavre, autant c'est difficile sur le vivant. Il y a une inondation constante du champ opératoire. Dans le premier cas, il a été facile de l'arrêter.

J'ai relevé le cerveau avec le rétracteur de Doyen.

J'ai vu le nerf maxillaire supérieur, puis le maxillaire inférieur.

J'ai sectionné le supérieur, pas de sang; j'ai sectionné l'inférieur, l'écoulement de sang fut facilement arrêté.

J'ai essayé d'exciser le ganglion de Gasser.

J'ai eu immédiatement des jets de sang; c'étaient comme de petites fontaines qui coulaient par les orifices des vaisseaux qui s'implantaient dans le sinus.

Grâce à une pince de Kocher, l'hémorragie fut arrêtée.

J'ai essayé de disséquer le ganglion, je n'ai pas pu, à cause du sang; toutefois, j'arrivai à en réséquer une toute petite portion.

Je n'ai pas cherché à couper le nerf ophtalmique; il est dans un dédoublement de la paroi du sinus et, par suite, impossible à couper.

Cette partie de l'opération terminée, j'ai repris l'os qui était dans la compresse; je l'ai remis en place. Le résultat a été parfait. Le malade a été guéri très rapidement, de l'opération et de sa névralgie.

Il n'a rien eu du côté de l'œil, puisque je n'ai pas touché la branche ophtalmique.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un homme qui avait des douleurs atroces. Je n'ai pas voulu l'opérer avant d'avoir opéré le premier et après avoir constaté le succès de la première opération.

Je m'arrangeai pour que l'os temporal du lambeau ne se détachât pas comme la première fois.

Mais ici, la dure-mère était adhérente et très amincie; d'où, perte du liquide céphalo-rachidien que je pus cependant arrêter, mais avec peine, en plaçant des pinces à pression.

J'arrivai à la base du crâne; je coupai le maxillaire supérieur, puis le maxillaire inférieur. Ici une véritable hémorragie.

Je cherchai à disséquer le ganglion de Gasser; j'eus aussitôt une hémorragie considérable par déchirure. Je tentai d'enlever ce ganglion, mais j'étais empêché par un écoulement sanguin qui arrivait ici en nappe. Je fis un tamponnement à la gaze stérilisée et terminai rapidement l'opération.

Le malade sembla aller bien une partie de la journée, mais il mourut en quelques instants; cette mort est due certainement à la gravité de l'acte opératoire.

Les points sur lesquels je veux insister ici sont : l'hémorragie considérable, l'impossibilité d'enlever tout le ganglion de Gasser et de sectionner le nerf ophtalmique.

M. PIERRE DELBET. — Je remercie mon ami Guinard d'avoir parlé aussi élogieusement des résultats de mon intervention. Mon malade n'a, en effet, aucun enfoncement, et il n'éprouve aucune gêne à ouvrir la bouche.

Je ne sais pas si la constriction de la mâchoire qu'a observée Guinard doit être attribuée uniquement à la section de l'apophyse coronoïde. Elle a une autre cause possible, c'est l'ouverture de l'articulation temporo-maxillaire. En effet, lorsqu'on sectionne l'apophyse zygomatique au ras de sa racine transverse, il arrive souvent, cela est facile à constater sur le cadavre, qu'on déchire la capsule et qu'on ouvre la portion sus-méniscoïdale de l'articulation temporo-maxillaire. Cette arthrotomie involontaire peut amener une ankylose. Il me paraît en tout cas probable qu'elle joue plus de rôle dans la production de la constriction de la mâchoire que la section du coroné.

Phlegmon gangreneux du scrotum.

M. MORESTIN présente un malade qui eut un phlegmon gangreneux du scrotum, consécutif à une appendicite herniaire.

Après élimination d'une moitié du scrotum, il persista une fistule stercorale, au milieu de laquelle s'éversa au dehors la muqueuse de l'appendice. M. Morestin fit : 1° la dissection et la résection de l'appendice; 2° l'extirpation du sac herniaire, qui paraît bien avoir appartenu à une hernie congénitale; 3° l'encapuchonnement dans un sac cutané du testicule que la gangrène du scrotum avait laissé à découvert. L'opéré est parfaitement guéri.

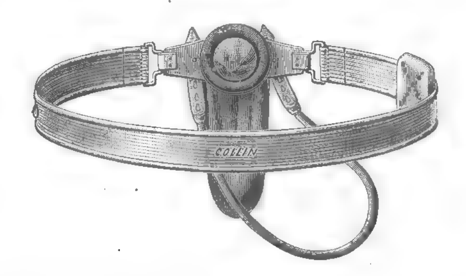
Présentation d'instrument.

Ceinture pour anus artificiel,
par le professeur Auguste REVERDIN (de Genève).

Les répugnantes conséquences de l'anus artificiel sont trop connues de tous pour qu'il y ait lieu de les décrire encore. Mieux

vaut sans doute chercher à les combattre en perfectionnant les appareils destinés à protéger les malades contre les souillures qui les menacent sans cesse.

C'est à l'intelligente initiative d'un de mes opérés, que je dois de pouvoir aujourd'hui présenter un appareil qu'après essais je puis déclarer bon. Il est fort simple et peu coûteux et ne pré-



sente pour son application aucune difficulté. C'est une ceinture de tissu élastique renforcée, au niveau de l'anus artificiel, par une plaque de métal dans laquelle est ménagée une fenêtre assez large pour permettre le passage de la seconde pièce : le récipient.

Celui-ci est formé d'une poche en caoutchouc, tel un volumineux condom, dont le bord libre se continue par un fort anneau



de caoutchouc semblable à un pessaire Dumontpallier et plus large que le trou de la plaque métallique. On passe la poche de telle façon qu'elle pende au devant de la ceinture, tandis que l'anneau, par son volume, la retient en place. On comprend aisément qu'en serrant la ceinture, l'anneau vienne se coller directement sur la peau du malade tout autour de l'anus artificiel. Il se creuse là peu à peu, et sans altération de la peau, une légère dépression circulaire, dans laquelle l'appareil vient toujours reprendre et conserver sa place. Pour le maintenir, il peut être bon d'ajouter des sous-cuisses, cela dépend de la conformation du malade.

On peut mettre ou ne pas mettre une feuille d'ouate ou de gaze entre la peau et l'anneau de caoutchouc.

Deux de mes opérés prennent cette précaution, un autre n'en voit pas l'utilité.

Ces trois malades, que je suis depuis quelques mois, se félicitent des services que leur rend le nouvel appareil et vont même jusqu'à me reprocher de ne pas le leur avoir donné plus tôt!

Le récipient se change avec la plus grande facilité dès qu'il est souillé, car pas un bouton, pas une boule ne le maintient; il est tout simplement, comme je l'ai dit, passé à travers la ceinture.

Le nettoyage d'un tel récipient est des plus simples, inutile d'insister.

Je crois difficile d'arriver à faire plus simple et plus propre. C'est M. Avallet, 12, quai de l'Archevêché, à Lyon, qui a construit le premier modèle.

Présentation de radiographies.

De l'emploi des rayons de Rœntgen pour l'étude des empyèmes pleuraux, fistuleux-externes.

M. Loison. — Plusieurs auteurs ont déjà conseillé l'emploi des rayons Rœntgen pour permettre de juger de la direction, de l'étendue et de la situation de certains conduits normaux ou fistuleux et de certaines cavités naturelles ou pathologiques.

On introduit par exemple une sonde métallique, en plomb de préférence, dans le trajet, on la fait pénétrer jusqu'au contact des diverses parois de la cavité, puis on procède à un examen radioscopique ou radicgraphiqne, la sonde en place. On a employé ce moyen pour l'étude des sinus annexés aux fosses nasales, dans le but de connaître leurs dimensions, ou pour s'assurer qu'un cathéter métallique pénétrait bien dans leurs cavités; on a tenté d'apprécier ainsi les dimensions d'un estomac dilaté, de juger de la direction et de la profondeur d'une fistule congénitale ou purulente; on l'a aussi appliqué à l'étude des cavités pleurales consécutives à un empyème suppuré incisé et resté fistuleux.

Toutefois, ce moyen de cathétérisme des trajets et de jaugeage des cavités avec un instrument rigide, nous semble passible de certaines critiques : ou bien la tige de plomb ne peut pénétrer jusqu'au fond du trajet, par suite de coudure ou de rétrécissement de ce dernier; ou bien l'on ne peut apprécier exactement l'étendue d'une cavité de pyothorax et explorer ses différents diverticules.

Pour obtenir avec les rayons de Rœntgen des données plus

précises sur ces différents points, nous avons songé à remplir, sous légère pression, les trajets ou les cavités à explorer, avec un corps opaque aux rayons X.

L'iodoforme, dont l'opacité très grande vous est bien connue, pourrait être employé en suspension dans la glycérine ou l'huile; mais il faut craindre qu'une quantité trop considérable de ce médicament reste accidentellement dans les tissus et provoque de l'intoxication.

Nous avons alors pensé à recourir au sous-nitrate de bismuth, qui constitue vis-à-vis des rayons de Rœntgen un opaque un peu moins prononcé que l'iodoforme, mais qui peut séjourner en notable quantité dans l'organisme sans entraîner d'inconvénients.

Nous avons utilisé un mélange suffisamment épais de glycérine et de sous-nitrate de bismuth et l'avons injecté, au moyen d'une seringue, dans les trajets et cavités à étudier, directement par l'orifice fistuleux, ou par l'intermédiaire d'une sonde en gomme ou en caoutchouc introduite à quelques centimètres de profondeur.

Une fois la cavité remplie, un tampon de coton, une pince de Kocher, ou une cuirasse collodionnée suivant les cas, servent à fermer l'orifice fistuleux, pour permettre au malade de subir les opérations radioscopiques ou radiographiques nécessaires, sans que la bouillie injectée ressorte.

Nous avons appliqué ce moyen trois fois à des cavités purulentes pleurales.

Dans un cas, celui dont je vous présente un tirage sur papier, il s'agit d'un nommé M..., du 76e de ligne, auquel on a pratiqué, le 28 janvier 1901, une thoracotomie axillaire, avec résection d'une côte, pour donner une issue à une collection purulente pleurale. Une fistule persiste depuis l'opération, et siège au niveau de la 9e côte droite, sur la ligne axillaire. Le 26 octobre 1901, je remplis la cavité avec la bouillie de bismuth, et prends une radiographie antéro-postérieure.

L'ombre portée par la cavité mesure 14 centimètres de hauteur, depuis l'orifice cutané jusqu'à sa partie supérieure; elle s'étend entre les segments postérieurs des 9e et 6e côtes droites. La zone opaque a un diamètre maximum de 25 millimètres. Autour de la cavité existe une zone de pénombre, due sans doute partie aux fausses membranes et partie à la condensation de la surface limitante du poumon.

Le deuxième cas concerne un nommé E..., sergent au 1er régiment d'infanterie coloniale. La plèvre gauche fut incisée entre la 7e et la 8e côte, sur la ligne axillaire, pour évacuer un épanchement purulent, le 14 mai 1901. Fistule consécutive.

La radiographie, après une injection de bismuth, fut faite le 19 août 1901. Elle montre, comme vous le voyez sur le schéma que je vous présente, que la cavité s'étend en hauteur, du 9e espace intercostal à la 3e côte (segments postérieurs des côtes). La largeur maxima de l'ombre portée par la collection de bismuth est de 5 centimètres. Il n'existe pas de zone de pénombre appréciable.

Le dernier cas a trait à un nommé E..., de la légion étrangère, présentant une fistule purulente pleurale, à gauche sur la ligne axillaire, depuis dix-neuf mois, lorsqu'il est radiographié le 14 mai 1901. M. Mignon lui a déjà fait subir, à cette époque, quatre interventions, avec résection de côtes. Radiographié, après injection de bismuth, il ne présente plus, ainsi que vous l'indique ce schéma, qu'un trajet filiforme allant jusqu'à un niveau correspondant au bord inférieur du segment postérieur de la 2e côte.

Sur les trois schémas, peu académiques, mais exacts, que je vous présente, vous pouvez juger nettement de l'étendue en hauteur des cavités injectées, et en repérer le sommet et la base par rapport aux côtes postérieures. Avec la radiographie par simple projection ou *radiographie plane*, nous ne pouvons pas apprécier exactement la largeur, l'épaisseur de la cavité, ni sa situation par rapport aux parois antérieure et postérieure du thorax. Pour connaître ces dernières données, il y aurait lieu de faire de la *radiographie dans l'espace*, de la radiographie stéréoscopique, autrement dit. On pourrait également savoir si elle est au contact de la paroi antérieure ou de la paroi postérieure de la poitrine, déterminer sa profondeur, en employant les méthodes usuelles de localisation des corps étrangers dans l'organisme.

On allongerait et on compliquerait ainsi les recherches, sans grand bénéfice, croyons-nous, au point de vue des indications opératoires.

On peut préciser tout simplement le contact antérieur ou postérieur, en regardant le thorax à l'écran, sous différentes incidences, pendant qu'une sonde métallique est introduite dans la cavité purulente, ou mieux encore pendant que le bismuth la remplit.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1901

Présidence de M. Reclus



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Felizet qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

— M. Walther dépose sur le bureau un travail de M. Charier (d'Angers), intitulé : *Rupture traumatique de l'urètre. Urétrotomie externe. Guérison.* — Le travail de M. Charier est renvoyé à une commission dont M. Walther est nommé rapporteur.

— M. Rochard dépose sur le bureau, au nom de M. de Rouville (de Montpellier), une note sur *Un cas d'étranglement intra-sacculaire par bride.* — Le travail de M. de Rouville est renvoyé à une commission dont M. Rochard est nommé rapporteur.

— M. Pierre Delbet dépose sur le bureau, de la part de M. Juvara (de Bucarest) :

1° *Un cas de kyste dermoïde de la paume de la main ;*

2° *Un cas de grossesse ectopique ;*

3° *Une note sur le traitement chirurgical de l'ascite cirrhotique.*

Les trois publications de M. Juvara sont renvoyées à une commission dont M. Pierre Delbet est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur un cas de fistule vésico-vaginale.

M. Richelot. — J'aurais voulu, dans la dernière séance, prendre part à votre discussion sur les fistules vésico-vaginales ; je ne l'a pas fait, faute de pouvoir vous apporter une observation qui, à ce

moment, n'était pas encore démonstrative. Aujourd'hui, cette observation est complète, la malade qui en fait le sujet est guérie, et j'ai le droit de vous en parler.

Oui, les fistules vésico-vaginales sont plus rares qu'autrefois, et nous en voyons peu qui soient très compliquées et très difficiles à guérir. Il en est cependant une variété qui s'est montrée assez souvent dans ces dernières années, et qui compte, à mon avis, parmi les plus embarrassantes, non à cause des dimensions de l'orifice anormal ou de l'étendue des cicatrices, mais à cause de son siège : je veux parler des fistules consécutives à l'hystérectomie.

Quelle que soit l'origine de la fistule, je penseque nous devons nous rattacher au principe du dédoublement. Mais je crois aussi que, dans certains cas, le dédoublement, tel que le font aujourd'hui les chirurgiens français, peut être difficile dans son exécution, incertain dans ses résultats, et que celui de Braquehaye mérite la préférence. Je crois, enfin, qu'en dehors de ces cas spéciaux, le procédé du chirurgien de Tunis peut être adopté comme procédé de choix et n'a sur l'autre aucune infériorité.

J'ai déjà relaté un fait qui vient à l'appui de ces idées, dans notre séance du 10 octobre 1900. J'avais guéri une fistule juxta-cervicale par le procécé de Braquehaye ; vous savez en quoi il consiste : on fait autour et à quelque distance de la fistule une incision circulaire ; l'îlot de muqueuse vaginale circonscrit dans ce premier temps est ensuite disséqué de la périphérie vers le centre, et la dissection s'arrête à 2 ou 3 millimètres de la fistule, au point où les tissus deviennent cicatriciels et la séparation difficile. On isole ainsi une collerette de muqueuse adhérente à l'orifice anormal par un pédicule circulaire. La collerette est relevée de telle façon que sa muqueuse regarde la vessie et que sa face cruentée s'adosse à elle-même ; puis on suture cette face cruentée avec de fins catguts qui la prennent largement sans la traverser et sans entrer dans la vessie, de peur de drainer l'urine. Il reste, au lieu et place de la collerette, une large surface avivée comme dans le procédé américain ; on la réunit avec les fils qu'on préfère, — j'emploie toujours les crins de Florence, — et on obtient ainsi l'occlusion par un double plan de sutures.

Je tiens à bien établir qu'il s'agit là d'un procédé de dédoublement. Comme le fait remarquer Braquehaye à la suite de Fenomenoff, « la quantité de tissus doit être la même avant et après l'opération » ; pour obéir à ce principe, il ne fait aucune perte de substance, utilise toute la muqueuse et en fait des lambeaux flottants. Tels sont les avantages que vous cherchez avec raison ; tels sont ceux que nous offrent ce dédoublement de la périphérie vers

le centre et cette large collerette qui ferme l'orifice anormal sans tiraillement. Ce premier étage de sutures n'est pas un simple rapprochement des bords minces de la fistule; il est déjà très solide et pourrait suffire. En réunissant à l'américaine la surface avivée, on crée un second étage au-dessous du premier, et on y ajoute un sérieux élément de succès. Faut-il dire que le procédé de Braquehaye se réclame à la fois du dédoublement et de la méthode américaine? Peu importe; il a certainement des avantages et trouvera son application chez beaucoup de malades.

Je viens d'en avoir une nouvelle preuve. Une femme de quarante ans avait été opérée, pour un fibrome utérin, par un de nos très distingués et très estimés collègues. Malheureusement, au cours de l'hystérectomie abdominale totale, il y eut un accroc dans la vessie, et une fistule en fut la conséquence. Le chirurgien tenta la réparation de la fistule le 19 septembre 1900; il opéra par dédoublement; mais le jour de l'ablation des fils, il eut le chagrin de constater le sphacèle des lambeaux et l'échec de la réunion. C'est alors qu'il vint me trouver et me pria d'intervenir.

La malade était vierge; le vagin, très étroit, s'était rétracté encore après le sphacèle des lambeaux et la cicatrisation de la perte de substance; il se terminait en infundibulum autour de la fistule. Celle-ci, placée tout au fond, n'était pas très large, elle admettait une sonde de femme; mais elle était fixée et difficile à atteindre.

Quel parti devais-je prendre? Je ne voulus pas refaire le dédoublement qui avait échoué. Aussi bien, je ne sais comment j'aurais pu m'y prendre : l'étroitesse extrême du vagin, surtout en haut, la minceur des cloisons vésico et recto-vaginales entamées par le sphacèle, la friabilité du tissu de cicatrice au bord de la fistule, rendaient la manœuvre impossible. Il est vrai que je me donnai du jour avec le débridement vulvaire, — seul et unique débridement vulvaire que j'aie jamais fait, et il fallait que je fusse bien à l'étroit pour m'y décider, — et je veux bien qu'à la faveur de cet expédient la dissection de la muqueuse de haut en bas fût devenue pratiquable. Mais combien de temps et de peine m'eût-elle demandé, et quelle certitude pouvais-je avoir de faire une opération meilleure que la première? Au contraire, pour tailler la collerette de Braquehaye, je faisais commodément — avec une commodité relative — une incision circulaire en pleine muqueuse, à quelque distance au-dessous de la fistule et sans chercher à l'atteindre. Je disséquais de bas en haut, et ce dédoublement, inverse de celui qu'on recommande, se poursuivait à petits coups, sans grand embarras, sans danger pour le rectum ou la vessie.

Telle fut l'opération que je pratiquai le 2 novembre. La colel-

rette bien disséquée, il fut assez malaisé, toujours à cause de l'étroitesse et de la profondeur, de retourner ses bords et de suturer sa face cruentée avec de fins catguts, en l'adossant à elle-même ; j'y parvins avec de la patience. Puis vint la réunion de la surface vaginale avivée par la dissection de la collerette ; ici, j'employai deux plans de sutures : des catguts fins en pleine surface vive, et des crins de Florence sur les bords de la plaie vaginale. Des écarteurs de Farabeuf faisaient office de valves étroites ; la fermeture du débridement vagino-vulvaire et le placement de petits tampons iodoformés terminèrent l'opération.

Comme je le fais toujours, je prescrivis le *décubitus latéral* et le *cathétérisme intermittent*. La malade fut sondée d'abord toutes les deux heures, puis un peu moins souvent ; elle fut couchée sur le côté, à droite et à gauche alternativement, avec défense de rester sur le dos. Le décubitus latéral est une position de repos, facilement acceptée ; comme elle peut changer de côté, la malade ne s'en lasse jamais ; l'urine coulant vers la partie déclive et enlevée avant qu'elle ne s'accumule, ne touche pas la suture. A quoi bon la sonde à demeure ? Je l'admettrais, si chaque goutte d'urine passait directement de l'uretère dans la sonde. Mais il n'en est rien ; dans le décubitus dorsal, l'urine est recueillie quand elle est descendue, au moins en minime quantité, vers le bas-fond et qu'elle a eu toute liberté pour imbiber la suture. Il vaut donc mieux faire le cathétérisme intermittent, qui est plus facilement toléré, en y ajoutant une position commode, rationnelle et préservant mieux la ligne de réunion.

Ma malade fut débarrassée de ses crins de Florence le 15 novembre ; et le 18, une injection exploratrice dans la vessie prouva que la réunion était parfaite.

Rapports.

Ostéite circonscrite consécutive à une otite développée probablement dans une cellule mastoïdienne située en arrière et au-dessus de l'antre. Curettage. Guérison.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, M. Toubert, médecin-major de 2e classe et professeur agrégé au Val-de-Grâce, a adressé récemment à notre Société une observation portant ce titre et sur laquelle vous m'avez prié de vous présenter un rapport. Voici d'abord le résumé de ce cas intéressant :

Thom., cultivateur, vingt-deux ans, soldat au 125e d'infanterie; quelques otites dans l'enfance, plusieurs fois répétées, mais toutes rapidement guéries.

En fin janvier 1901, bronchite subaiguë, otalgie, suppuration de l'oreille qui cessa pendant deux semaines, puis reparut abondante et nécessita l'hospitalisation le 13 février.

État actuel. — Acuité auditive fortement diminuée. Écoulement abondant. Apophyse mastoïde indolore à la pression. Cependant le malade aurait éprouvé il y a quelques jours des douleurs à la partie postérieure de la mastoïde. Tympan rouge, œdémateux; perforation inférieure animée de battements. Du 25 février au 10 mars l'écoulement diminue peu à peu. Le 11 mars, tuméfaction diffuse rétro-auriculaire. Douleur à la pression de l'os; douleur presque égale provoquée par le pincement du tégument; d'où hypothèse de phlegmon d'origine ganglionnaire. Pansement humide. Le 22 mars, la tuméfaction, jusque-là stationnaire, est devenue fluctuante. Incision au niveau du tiers inférieur de la mastoïde. Écoulement d'une grosse cuillerée à café de pus phlegmoneux épais. Le décollement s'étend surtout en haut, sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. Pas de point osseux dénudé. Le diagnostic d'adéno-phlegmon paraît confirmé. Le pus contient du streptocoque. Drainage.

Du 23 au 25, le pansement tout entier est traversé par le pus. Du 25 au 30, disparition de l'écoulement auriculaire, réapparition du cérumen. Suppuration minime, mais persistante, par l'orifice postérieur.

Le 31 mars, on découvre à l'extrémité supérieure de la poche une surface osseuse dénudée. Débridement en haut de l'incision primitive, sur 3 à 4 centimètres. Mise à jour d'une cavité tapissée par une paroi fongueuse. Le curettage des parois découvre une surface osseuse jaunâtre, irrégulière; la corticale se détache aisément et une fine curette ramène une écaille osseuse de 1 centimètre carré : le diploé sous-jacent est mou sur une profondeur de 1 centimètre environ. Curettage jusqu'à l'os dur. Pas d'orifice dans le fond de ce puits osseux; il siège à 3 centimètres en arrière et 2 centimètres au-dessous des bords postérieur et supérieur du conduit auditif externe. Attouchement au chlorure de zinc à 1/10.

Le 7 avril, l'œdème a totalement disparu. La cavité se comble rapidement. Le 15, la cicatrisation est complète; la région a repris son aspect normal. Le tympan a ses caractères normaux aussi. L'acuité auditive est identique à droite et à gauche.

En résumé, il s'agit comme vous le voyez d'otite moyenne subaiguë; réaction mastoïdienne minime; ostéite à distance, en

dehors de l'antre, révélée par un phlegmon sous-cutané qui n'a guéri que par la suppression du foyer osseux.

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes sur lesquelles je désire insister devant vous. Il s'agit d'abord d'une affection fort rare, puisque Moure et Lafarelle, qui viennent d'en relater une observation (Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 18 janvier 1901, et *Revue hebdomadaire de laryngologie*, etc., 26 janvier 1901), considèrent leur cas comme unique et citent comme simplement analogue un cas jusqu'alors isolé, relaté par Mignon (Complications septiques des otites moyennes suppurées), d'après Huntington Richard (*Med. Record*, décembre 1888). En vérité un certain nombre de cas de ce genre ont pu être méconnus. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une complication à peine signalée, et à ce titre elle mérite d'attirer votre attention.

Dans les trois faits connus le siège du foyer intra-osseux ne varie guère. Il semble qu'il s'agit d'une même lésion siégeant dans une cellule aberrante à siège fixe. Huntington Richard a trouvé l'abcès « à 35 millimètres en arrière de la paroi postérieure du conduit et à hauteur de la paroi supérieure de celui-ci ». Moure et Lafarelle ont découvert (surprise d'autopsie) le foyer méconnu au cours de l'antrotomie classique, placé « exactement au-dessous d'un plan horizontal passant par le pôle supérieur de l'orifice du conduit auditif externe et à 1 centimètre en arrière du plan vertical passant par le sommet de la mastoïde ». M. Toubert a rencontré l'abcès intra-osseux à 3 centimètres en arrière et 2 centimètres au-dessus du conduit auditif. Enfin la pièce de Mignon (fig. 81 de son livre) assigne encore la même topographie à cette cellule.

Nous croyons donc que celle-ci mérite droit de cité en pathologie mastoïdienne et que, aux groupes classiques indiqués par Ricard (*Gazette des hôpitaux*, février 1889), cellules pétreuses antérieures et cellules pétreuses postérieures, placées en avant, en dehors et en arrière de la caisse, il convient d'ajouter un petit groupe aberrant, que *l'on peut appeler rétro-antral ou mastoïdo-occipital*. Il existe non seulement sur des apophyses pneumatiques, mais même dans des cas où « le reste de l'apophyse a un aspect diploïque ».

Les rapports de cette cellule sont les suivants : l'encéphale en haut, le sinus en dedans ou en avant. Ce sont à peu près les mêmes que ceux de l'antre. L'autopsie de Moure a permis de vérifier ces rapports; la figure de Mignon les fait voir également. L'histoire du malade d'Huntington Richard, chez qui les lavages « déterminaient une douleur hémicranique », et chez qui la sup-

puration de la plaie opératoire s'accompagna de « céphalalgie, de nausées, de vomissements », permet de supposer que les mêmes rapports devaient exister dans ce cas. Si, au cours de l'observation, M. Toubert n'a constaté rien d'analogue, cela tient, sans doute, à ce que le malade a été opéré assez tôt, vingt jours après le début de la réaction mastoïdienne, alors que Huntington Richard est intervenu au trente-cinquième et que l'autopsie de Moure a été faite un mois après le début de la mastoïdite.

Au point de vue de la propagation des lésions, quelques particularités méritent d'être signalées : l'infection, d'origine otique, procède ordinairement de proche en proche par continuité de tissu. Le cas de Huntington Richard témoigne en faveur de cette pathogénie, puisque, « en pressant sur l'abcès, on détermine un écoulement de pus par le conduit auditif ». Otite moyenne, mastoïdite, cellulite, se sont ici succédé classiquement. Mais, dans le cas de Moure, il s'agissait de « cellules mastoïdiennes isolées à la partie postérieure de l'apophyse et séparées du groupe principal par une lame épaisse de tissu compact, éburné, imperméable ». Aussi, cet auteur admet que « l'infection s'est faite non de proche en proche, mais par le transport des germes à distance par voie sanguine ou lymphatique ». Dans ce cas, d'ailleurs, la méningite était diffuse et symétrique, et il n'existait aucun pertuis entre les méninges et le foyer purulent. Dans le cas de M. Toubert, l'antrotomie n'a pas été faite, mais il est probable que le mécanisme est le même, tant était grande la distance entre le foyer et l'antre.

Quoique localisée à distance de l'antre, l'infection de la cellule aberrante est bien, cependant, d'origine antrale. Dans le cas d'Huntington Richard, l'évolution clinique l'a prouvé, c'est au huitième jour qu'est faite l'incision de Wilde, et au trente-cinquième qu'est incisé l'abcès sous-cutané consécutif à l'ouverture spontanée de l'abcès osseux rétro-antral au dehors. Dans le cas de Moure, les constatations anatomo-pathologiques le démontrent. Enfin, dans l'observation de M. Toubert, l'histoire de l'affection témoigne dans le même sens.

D'autre part, l'infection ne peut se faire de l'extérieur vers l'intérieur de l'os, et il n'est pas probable qu'un abcès extra-mastoïdien, d'origine ganglionnaire ou périostique, soit capable, par la voie d'une veine émissaire, d'infecter la cellule aberrante ou même de créer dans le diploé un foyer osseux secondaire. Dans le cas de Huntington Richard et dans celui de M. Toubert, la douleur osseuse à la pression a précédé de plusieurs jours la constatation du foyer de suppuration externe. Il est donc vraisemblable que la localisation osseuse est toujours primitive et l'extra-osseuse secondaire.

Je dirai maintenant quelques mots sur les *symptômes* de l'affection. Ceux-ci peuvent parfois être très effacés, comme dans le cas de M. Toubert et celui de Huntington Richard où la courbature, la douleur et les bourdonnements sont les seuls signes de l'infection : dans ces cas, le malade reste apyrétique jusqu'à l'ouverture extérieure de l'abcès osseux. Dans d'autres cas, ils peuvent être plus inquiétants; le malade de Moure avait un état général mauvais et présentait le facies infecté. Enfin, les signes révélateurs des complications endocraniennes peuvent apparaître à l'improviste, et cela assez longtemps après la guérison apparente de la poussée d'antrite, puisque, dans l'observation de Moure, il y a eu presque trois semaines d'intervalle.

Nous devons noter encore la rapidité de la guérison dès que le foyer intra-osseux est vidé : quatorze jours pour le malade de Huntington Richard, quinze pour celui de M. Toubert ont suffi. L'ouverture peut se faire spontanément, soit largement vers l'antre et vers la peau à la fois, comme dans le cas de Huntington Richard, terminaison très favorable; soit à la peau seulement, et alors par filtration quelquefois, pour ainsi dire, plutôt que par irruption, comme dans le cas que je vous ai rapporté, terminaison favorable encore; enfin, la propagation de l'infection peut se faire vers l'encéphale, comme dans le cas de Moure, où le sinus était fort près, alors que l'antre et la corticale se trouvaient fort loin de la cellule osseuse infectée, terminaison fatalement mortelle.

Le diagnostic de l'affection est parfois difficile à établir, puisque la localisation de l'infection résulte d'une anomalie anatomique impossible à prévoir à l'avance; on peut à la rigueur la soupçonner, quand il existe un point osseux douloureux au-dessus et en arrière de l'antre. En vérité, le phlegmon sous-cutané consécutif à siège postéro-supérieur sera probablement le seul élément de diagnostic. Et encore le chirurgien peut tout d'abord n'en pas apprécier la valeur. Huntington Richard n'eut d'abord qu'un « soupçon », et crut plutôt à une « adénite ». C'est également le diagnostic d'adéno-phlegmon que M. Toubert porta plus d'une semaine avant la découverte du point osseux dénudé. En tout cas, l'abondance et la persistance de la suppuration doivent en pareil cas faire songer à l'origine osseuse du pus.

Enfin il est des cas, comme celui de Moure, où le diagnostic pré- et post-opératoire est tout à fait impossible.

Les indications thérapeutiques découlent de ce que nous venons de dire : quand le phlegmon-sous-cutané existe, la seule indication est de l'ouvrir, et de rechercher avec soin la cellule osseuse aberrante, pour l'agrandir, et éviter les propagations profondes.

C'est là le cas simple.

Quand, au contraire, le phlegmon n'existe pas, il convient de rechercher le point osseux douloureux, dans le siège que nous avons indiqué à l'instant.

Il faut se rappeler que la cellulite rétro-antrale ne peut pas aussi aisément que les autres cellulites s'ouvrir dans l'antre, et encore moins dans le conduit, pour comprendre à quel point les malades sont exposés aux complications profondes, quand on n'intervient pas hâtivement. Messieurs, je vous propose de remercier M. Toubert de son intéressante observation et de ne pas oublier le nom de ce chirurgien instruit, au moment des prochaines élections.

M. Broca. — Les considérations cliniques qui dérivent de l'infection localisée à certaines cellules mastoïdiennes aberrantes sont toujours fort intéressantes, et il est certain que ces abcès limités, sans participation apparente de l'antre, sont plus fréquents, quoique rares encore, vers la pointe, qu'en haut et en arrière, vers l'occipital. Ce groupe de cellules postérieures est d'ailleurs bien connu anatomiquement.

Je désire faire remarquer que la pathogénie par infection lymphatique me paraît très peu vraisemblable. Pour toutes ces mastoïdites de cellules aberrantes isolées, comme les cellules ont sûrement été primitivement en continuité de muqueuse avec la caisse, par l'intermédiaire de l'antre, je crois bien plutôt qu'il restait dans la paroi osseuse un petit pertuis qu'a oblitéré l'éburnation progressive de l'apophyse.

Reste la question de diagnostic. Sur ce point je veux seulement dire que toutes les fois qu'existe derrière l'oreille un adéno-phlegmon d'aspect bizarre, quand on ne trouve pas au cuir chevelu la porte d'entrée, et quand au contraire il y a de l'otite manifeste, la règle formelle doit être d'explorer séance tenante la paroi profonde de la poche, pour déterminer s'il n'y a pas un point osseux dénudé. La critique n'est pas bien grave, car au total le malade de M. Toubert a guéri, avec seulement quelques jours de retard; mais cependant je la crois justifiée.

M. Chavasse. — Les cellulites osseuses suppurées circonscrites de l'os temporal venant compliquer l'otite moyenne suppurée aiguë ou chronique, sont d'observation rare. Elles peuvent évoluer soit d'une manière aiguë, soit d'une manière subaiguë ou chronique; la forme aiguë, surtout lorsqu'elle atteint les cellules mastoïdiennes du groupe postéro-supérieur, a parfois des suites mortelles par perforation de la table interne. Je me permettrai de signaler à M. Picqué un travail sur les cellules de MM. Stanculeanu et Depoutre, publié en octobre dernier dans les *Annales des*

maladies des oreilles et du larynx, dans lequel il est rapporté cinq observations de suppuration du groupe postéro-supérieur des cellules mastoïdiennes, dont deux cas suivis de mort par méningite.

J'ai eu l'occasion d'observer, dans le courant de cette année, deux cas de ces cellulites osseuses, l'un à forme aiguë, intéressant l'écaille temporale, l'autre à évolution chronique, développé dans les cellules mastoïdiennes postéro-supérieures.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un soldat âgé de vingt-deux ans, entré dans mon service au mois d'avril dernier avec une otite moyenne aiguë suppurée à gauche, compliquée d'une hydrosadénite de la paroi supérieure du conduit auditif externe tout à fait dans la partie profonde, et d'un phlegmon temporal localisé à la partie postéro-supérieure du pavillon de l'oreille. Je ferai remarquer en passant que ce malade se trouvait en congé dans sa famille, lorsque l'affection s'est développée. Établissant une relation de cause à effet entre l'hydrosadénite du conduit et le phlegmon temporal circonscrit, j'incise simplement les deux affections. Le résultat de cette intervention est la régression des symptômes douloureux et inflammatoires. Quelques jours après, alors que l'hydrosadénite était guérie, mais que la plaie cutanée restait encore fistuleuse, je constate l'issue, par cette dernière, de bulles gazeuses dues à la décomposition de l'eau oxygénée versée dans le conduit auditif. Le passage ne pouvait s'être opéré que par la perforation tympanique, les cellules osseuses de la paroi supérieure du conduit et celles voisines de l'écaille du temporal. La plaie d'incision cutanée est alors explorée avec soin, et je découvre une petite perforation osseuse qui me conduit dans une cavité du temporal située exactement à deux centimètres au-dessus et en arrière de l'insertion supérieure du pavillon de l'oreille, ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, remplie de fongosités et de pus. Cette excavation osseuse est régularisée à la gouge et au maillet, curettée, désinfectée avec la solution de chlorure de zinc à 10 p. 100, puis tamponnée avec de la gaze iodoformée, imbibée de salol camphré. La guérison de cette plaie opératoire a été complète en six semaines; quant à l'otite, elle avait disparu beaucoup plus tôt, ainsi que la perforation tympanique.

Dans le deuxième cas, j'ai eu affaire à une inflammation subaiguë des cellules mastoïdiennes postéro-supérieures, sans suppuration de l'antre. Le malade était un officier âgé de quarante-huit ans, qui avait été atteint près de quatre mois auparavant d'une otite moyenne suppurée à gauche, à allure tout à fait chronique, guérie, du reste, depuis six semaines environ. Il venait me consulter pour une tuméfaction apparue depuis huit jours derrière

l'oreille, avec quelques douleurs et un peu de fièvre. Je constate sur la partie postéro-supérieure de la mastoïde gauche une tuméfaction occupant une étendue grande comme une pièce de dix centimes, empiétant tout autant sur le temporal que sur la base de l'apophyse mastoïde, constituée par un soulèvement des téguments du crâne, modérément douloureuse, œdémateuse et donnant une sensation de fluctuation profonde. La région anatomique de l'antre mastoïdien n'est pas douloureuse, et apparaît indemne. Le diagnostic de cellulite mastoïdienne postérieure est posé, et l'intervention chirurgicale proposée est acceptée et effectuée le surlendemain. L'incision donne issue à un peu de pus, et permet de découvrir un petit orifice de la table externe, qui conduit dans une cavité de la partie postéro-supérieure de la mastoïde. Cette cavité, régularisée à la gouge et au marteau, contenait surtout des fongosités; ses parois profondes, explorées soigneusement avec un fin stylet recourbé, et avec le bec du protecteur de Stacke, ne montrent aucun trajet communiquant avec des régions voisines. Il semble bien que, dans ce cas, l'infection s'est faite à longue distance du foyer primitif, très probablement par voie vasculaire, par thrombophlébite. Cette cellulite circonscrite et suppurée est, après curettage, désinfectée avec le chlorure de zinc en solution à 10 p. 100, et pansée par tamponnement avec une mèche de gaze iodoformée imbibée de salol camphré. La guérison a été obtenue en sept semaines environ, et s'est bien maintenue jusqu'à ce jour.

M. Picqué. — Je remercie nos collègues d'avoir bien voulu prendre la parole au sujet de mon rapport.

Je répondrai d'abord à M. Broca.

J'avais tenu à être bref au sujet de la pathogénie. M. Broca pense qu'il est préférable d'admettre l'existence d'un pertuis osseux entre les deux cellules, plutôt que de recourir à l'hypothèse de la propagation par voie lymphatique. *A priori*, l'opinion de notre collègue est parfaitement recevable, mais je regrette de n'avoir pas suffisamment relaté ce fait sur lequel insiste M. Toubert, à savoir qu'il n'existait dans les observations publiées aucun pertuis dans la muraille éburnée qui séparait les deux cellules, et c'est pourquoi il a été amené à invoquer la voie lymphatique.

Au point de vue du diagnostic, M. Broca a raison d'insister, comme je l'ai fait moi-même, sur l'exploration du squelette après l'ouverture du phlegmon. Cette indication ressort en vérité de ce que je vous ai exposé, et je remercie M. Broca d être revenu sur ce point, que je regarde comme important.

M. Chavasse nous a apporté une indication bibliographique inté-

ressante. Vous me pardonnerez de ne pas l'avoir trouvée dans mes recherches; en tout cas, cette indication est d'autant plus précieuse qu'elle vient appuyer une de mes conclusions sur la gravité particulière de l'affection qui nous occupe.

Les deux cas personnels que M. Chavasse nous a également rapportés constituent une contribution très intéressante à l'étude de ces cellulites aberrantes. Je le remercie sincèrement de nous les avoir communiqués.

Fistule ombilico-vésicale congénitale. Extirpation. Guérison.

Rapport par M. Lucien PICQUÉ.

Notre distingué et jeune confrère le Dr Léon Imbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, nous a envoyé récemment une observation intéressante sur laquelle vous m'avez prié de vous présenter un rapport.

Voici d'abord le résumé de ce cas :

« Renée L..., six ans, est adressée à M. Imbert, par le Dr Bossan (de Beaucaire), avec le diagnostic de fistule de l'ouraque.

« Ses parents racontent que c'est au douzième jour de la naissance et au moment de la chute du cordon ombilical, qu'on remarqua que la cicatrice ombilicale était rouge, présentait un petit tubercule, et suintait continuellement.

« Le Dr Bossan ne la vit pour la première fois qu'à l'âge de deux ans, en 1897. L'enfant jouissait d'une excellente santé. Au niveau de l'ombilic, on voyait un tubercule rouge, non enflammé, séparé de la peau par un sillon qui présentait deux légères érosions. L'une d'elles permettait l'introduction de l'extrémité mousse d'un stylet fin ; le trajet, que l'on ne pouvait suivre que sur l'étendue de 2 centimètres environ, se dirigeait en bas, en arrière et un peu à gauche. Le liquide qui suintait par ce conduit produisait sur le linge des taches jaunâtres, qui, chauffées, donnaient l'odeur *sui generis* de l'urine. Le diagnostic fut immédiatement porté de fistule vésicale par persistance du canal de l'ouraque.

« L'enfant fut suivie jusqu'en 1901. Elle eut la rougeole en 1900 : il ne se produisit aucune complication, sauf que le coton boriqué appliqué sur la fistule présentait des taches brunâtres rappelant les matières fécales, sans en avoir l'odeur. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une véritable desquamation d'épithélium pavimenteux, qui persista pendant quelques jours. A cette

époque, le Dr Bossan eut l'idée de faire prendre à la fillette, pendant deux jours, 10 centigrammes de bleu de méthylène ; le liquide suintant de la fistule présenta alors la coloration bleu verdâtre caractéristique.

« Les parents se décidèrent alors à une intervention, et c'est ainsi qu'elle fut présentée à M. Imbert, qui constata la lésion avec les caractères qui viennent d'être signalés. Un fin stylet pouvait pénétrer dans la fistule à 2 centimères au plus ; il n'y avait aucun trouble de la miction. M. Imbert ne jugea pas utile d'explorer l'urètre, qui était perméable.

« Notre confrère pratiqua l'opération le 18 mai 1901. Après désinfection, un stylet fin fut introduit comme conducteur dans la première partie du trajet ; puis une suture en bourse circonscrivit l'ombilic, et fut serrée sur le stylet, de façon à isoler autant que possible l'orifice fistuleux, dont l'asepsie était plus que douteuse. Une incision circulaire, faite alors tout autour de l'ombilic, ouvrit le péritoine sur une petite étendue. A ce moment, et après avoir prolongé l'incision du côté du pubis, notre confrère vit sur le péritoine pariétal une sorte de travée fibreuse fine qui commençait à l'ombilic, au point où avait pénétré le stylet, et s'étendait jusqu'au sommet de la vessie. En exerçant des tractions sur l'ombilic détaché par l'incision circulaire, on soulevait le sommet du réservoir urinaire ; cependant, il fut impossible, même en ce moment, d'introduire un stylet plus profondément dans le trajet. Cette travée fibreuse, qui avait l'aspect d'un gros fil, se laissa détacher assez facilement du péritoine, jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la vessie, et fut enserrée dans un simple nœud de catgut ; le fil fut fixé à la peau, au cas d'une récidive ultérieure.

« Tout alla parfaitement pendant trois jours ; le quatrième jour survint une brusque élévation de température à 40 degrés, avec chute totale le lendemain ; le surlendemain, la fièvre reparut ; la plaie était en très bon état ; mais on vit apparaître une éruption qui prit bientôt le caractère scarlatineux.

« M. le professeur Carrieu, consulté, conseilla le transfert de l'enfant dans le service de la scarlatine. La maladie évolua normalement ; mais il se produisit une infection de la plaie, qui en provoqua la désunion superficielle sur toute son étendue. Je fus donc obligé de faire secondairement la réunion de la plaie, qui se cicatrisa alors sans autre incident.

« Au mois de novembre 1901, six mois après l'opération, la fillette était complètement rétablie, et la cicatrice ne présentait aucune tendance à l'éventration. »

Messieurs, les fistules de l'ouraque opérées et guéries ne sont

pas très fréquentes ; aussi ai-je cru devoir attirer quelques instants votre attention sur le cas qui nous a été adressé par M. Imbert.

Cette lésion, dont la pathogénie est bien connue aujourd'hui, n'est congénitale que parce qu'elle est liée à une disposition congénitale, mais n'apparaît, en réalité, comme dans le cas de M. Imbert, qu'au moment de la chute du cordon.

Le diagnostic est, en général, facile : dans les cas douteux, le bleu de méthylène employé par notre confrère peut rendre des services.

Cette lésion doit être opérée en raison de l'infirmité qu'elle entraîne; mais l'intervention est surtout rendue nécessaire par suite des complications infectieuses qui peuvent se produire du côté de l'appareil urinaire.

M. Imbert recommande d'attendre jusqu'à l'âge de six ans, parce que, selon lui, l'enfant est plus docile, et aussi parce qu'il n'y a pas d'inconvénient à attendre.

Je ne suis pas absolument de cet avis, et je demande, à cet égard, l'opinion de mes collègues. Je pense, pour ma part, que les complications possibles qu'il invoque lui-même constituent une raison suffisante pour ne pas attendre si longtemps.

Au point de vue opératoire, je crois qu'il faut, comme l'ont conseillé plusieurs chirurgiens, pratiquer la résection de l'ouraque, ainsi que l'a mis en pratique M. Imbert.

C'est une méthode radicale, qui met bien à l'abri d'une récidive possible.

L'ouverture du péritoine, au voisinage d'un trajet qui peut être infecté, demande quelques précautions. La technique de M. Imbert, à cet égard, mérite d'être suivie.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Imbert de son intéressante observation, et de l'inscrire, dans un rang très honorable, sur la liste des candidats au titre de Membre correspondant national de la Société de Chirurgie.

Fourchette séjournant depuis soixante-dix-huit jours dans l'estomac; gastrotomie; *extraction*; *guérison*, par M. Kallionzis, professeur à l'Université d'Athènes.

Rapport de M. TUFFIER.

L'observation que nous a adressée le professeur Kallionzis est une preuve nouvelle de l'extrême tolérance que l'estomac peut manifester pour certains corps étrangers, même volumineux, et c'est à ce point de vue surtout qu'elle mérite d'être rapportée.

Cette observation est celle d'un jeune homme de vingt-huit ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde contractée pendant la campagne gréco-turque, avala pendant son délire une fourchette de 22 centimètres de longueur.

Il guérit de sa fièvre typhoïde et rentra dans ses foyers avec sa fourchette dans l'estomac. Depuis cette époque il avait repris son travail des champs et il s'était plaint seulement de quelques douleurs vagues à l'épigastre : jamais d'hématémèses, de vomissements, de troubles digestifs quelconques; état général excellent.

C'est le 31 août 1897, plus de deux mois et demi après l'accident, que M. Kallionzis vit le malade, qui se plaignait seulement de quelques picotements dans la région épigastrique : le palper abdominal révélait nettement, au niveau de la région épigastrique — le sujet étant passablement maigre — la présence des quatre dents de la fourchette qu'on percevait à travers la paroi, à la hauteur des cartilages des 9e et 10e côtes gauches. Cette perception était tellement nette et le diagnostic si évident, que M. Kallionzis estima superflu de recourir à l'application des rayons X. L'opération eut lieu le 1er septembre 1897, exactement soixante-dix-huit jours après l'accident. M. Kallionzis fit la gastrotomie au niveau de la saillie formée par les dents de la fourchette, enleva le corps étranger, puis referma l'estomac par une suture en bourse. Les suites opératoires furent des plus simples : quinze jours après l'intervention, le malade prenait des aliments solides; il sortait de l'hôpital, guéri, le 21e jour. La fourchette mesurait 22 centimètres de longueur; elle était tout en fer, rigide et inflexible.

L'observation de M. Kallionzis que je viens de résumer est, vous le voyez, fort simple et ne présente en somme, comme fait intéressant, que la tolérance remarquable de l'estomac qui a pu garder cette fourchette pendant soixante-dix-huit jours sans manifester la moindre réaction : le malade, qui était cultivateur, avait pu continuer ses pénibles travaux des champs, et, s'il avait demandé une intervention, c'était simplement pour quelques picotements qu'il ressentait depuis quelque temps, et qui lui inspiraient des craintes pour l'avenir.

Cette grande *tolérance* de l'estomac pour les corps étrangers n'est pas exceptionnelle : elle est signalée dans bon nombre des observations que j'ai pu recueillir dans la littérature. Pour m'en tenir *à celles qui concernent les fourchettes*, voici en général comment se passent les choses à la suite de leur déglutition : ou bien l'estomac, réagissant violemment, rejette le corps étranger par vomissement (un seul fait de ce genre a été signalé); ou bien la fourchette force le pylore et passe dans

l'intestin; ou bien enfin, la fourchette reste dans l'estomac. Dans ce dernier cas, tantôt elle ne manifeste sa présence par aucun trouble notable, et elle peut séjourner ainsi pendant des mois, et même des années (six ans, Ramon), sans le moindre accident; tantôt le malade ne ressent que des troubles passagers, gêne, douleurs, qu'il prévient le plus souvent en prenant une attitude spéciale assurant une position favorable au corps étranger; tantôt enfin la fourchette est expulsée de la cavité gastrique à la faveur d'une ulcération de la paroi : l'expulsion peut se faire dans le péritoine, ce qui constitue l'éventualité la plus grave, ou à l'extérieur, à travers les parties molles, s'il s'est formé des adhérences entre la paroi gastrique et la paroi abdominale. C'est à cette perforation plus ou moins tardive de l'estomac que sont dus les quelques cas de mort survenus à la suite de la déglutition de fourchettes; je n'ai pas relevé un seul cas de mort immédiate.

En ce qui concerne l'apparition de ces complications ultérieures, *la position prise par la fourchette* déglutie dans l'intérieur de la cavité gastrique n'est certainement pas sans avoir une certaine importance. D'ordinaire cette situation est la suivante : le manche, qui a pénétré le premier et a glissé verticalement le long de la petite courbure, se trouve à droite, du côté du pylore, ou, plus exactement, dans l'antre prépylorique; les dents, au contraire, ont basculé à gauche, vers la grande courbure, vers le grand cul-de-sac, où elles distendent plus ou moins la paroi gastrique. C'est là qu'a lieu généralement la perforation de cette paroi : perforation en arrière, dans le péritoine, si les dents regardent en arrière, la mort en est la conséquence; perforation en avant, le plus souvent à travers la paroi abdominale, si les dents regardent de ce côté, et alors phlegmon, abcès, fistule et issue du corps étranger. Cette position est donc relativement favorable.

Reste la question de la thérapeutique à suivre lorsqu'on a diagnostiqué la présence d'une fourchette dans l'estomac. Il n'y a pas, ce me semble, de discussion possible à cet égard : il faut faire la gastrotomie au plus tôt et extraire le corps étranger. Je rappellerai à cet égard que l'intervention est commandée avec urgence quand le malade accuse des vomissements noirs ou rouges. Où portera l'incision? Evidemment sur la saillie formée par le corps étranger s'il en existe une; au contraire, on incisera sur la ligne médiane lorsque le diagnostic de la nature du corps étranger ou de sa situation restera hésitant. D'après une statistique de Fickes parue en 1897 (Fickes, *Deut. med. Woch.*, 1897, n° 4, p. 60), la gastrotomie pour corps étranger de l'estomac aurait

donné, sur 54 cas, 44 guérisons et 10 morts, soit une mortalité de près de 20 p. 100. Je ne doute pas un instant que les résultats ne soient actuellement beaucoup meilleurs, grâce à un diagnostic et à une intervention précoces, et surtout à nos progrès en chirurgie aseptique,

Nous ne pouvons donc que féliciter M. Kallionzis de la conduite qu'il a adoptée, et qui a été suivie d'un si beau succès. M. Kallionzis n'est d'ailleurs pas un inconnu pour nous; nous savons qu il occupe une des premières places parmi les chirurgiens grecs actuels; il nous a déjà adressé un certain nombre d'observations intéressantes; je vous propose de l'inscrire dans un rang honorable parmi les candidats au titre de membre correspondant étranger de la Société de Chirurgie.

M. Guinard. — Le corps étranger peut être trouvé libre dans la cavité abdominale. Tel était le cas d'un malade de M. Le Dentu.

Les cuillers ou fourchettes ne peuvent traverser le duodénum, qui est fixé, et, lorsqu'on les trouve dans une portion voisine de l'anus, c'est qu'ils sont sortis de l'estomac pour rentrer dans l'intestin. Il faut donc savoir, quand on fait une laparatomie pour extraire un corps étranger *long et rigide*, qu'on peut non seulement le trouver là où M. Tuffier vient de l'indiquer, mais encore libre dans la cavité péritonéale. Il sort dans ces cas-là de l'estomac par un mécanisme analogue à celui qui fait pénétrer dans l'intestin les corps étrangers (pinces, etc.), qu'on a pu laisser dans la cavité péritonéale. Les expériences de MM. Jalaguier et Mauclaire ont depuis longtemps élucidé ce point.

M. Terrier. — Je n'ai jamais compris l'observation de M. Le Dentu, que j'ai lue et relue. Rien ne prouve que ce corps étranger vînt de l'estomac.

Je veux relever une phrase échappée à M. Tuffier à propos de l'observation de Labbé. Pour extraire la fourchette, M. Labbé a déterminé avec soin les rapports de la face antérieure de l'estomac avec la paroi abdominale et délimité le *triangle* que nous connaissons tous. Cela fait, il a provoqué des adhérences entre l'estomac et la paroi abdominale au moyen de caustiques, et, secondairement, au niveau de ces adhérences, il est entré dans l'estomac pour en retirer le corps étranger.

Cette façon de procéder mettait M. Labbé en retard vis-à-vis des anciens chirurgiens, qui, en présence d'aliénés ayant avalé des couteaux, des corps étrangers, etc., ouvraient délibérément l'estomac.

M. Legueu. — Je suis en mesure de fournir, sur l'observation de M. Le Dentu, quelques détails, puisque j'ai vu le malade avant

l'opération, étant interne à ce moment à Saint-Louis, et que j'ai aidé mon maître dans cette opération.

Le malade avait avalé quelques jours avant une cuiller à potage en bois de dix-huit centimètres de long, je crois. Nous le vîmes le lendemain, mais on ne sentait rien. La veille de l'opération, il m'en souvient, en examinant le malade, je trouvais dans la région de l'estomac une extrémité saillante correspondant à celle de la cuiller. Cette saillie siégeait exactement dans le triangle de Labbé, là où est l'estomac. Nous avions donc toutes raisons de penser qu'en opérant le lendemain à ce niveau, on trouverait la cuiller. Or, il n'en fut rien; et le lendemain, dans l'estomac ouvert, on ne voyait rien, mais M. Le Dentu la trouva dans la cavité péritonéale, accolée à la paroi abdominale antérieure et enveloppée de quelques adhérences épiploïques.

Nous avons discuté à ce moment et M. Le Dentu a présenté à l'Académie les hypothèses possibles. Ce qui est certain, c'est que la cuiller était dans le péritoine : elle n'y pouvait être arrivée que par le rectum ou par l'estomac. Par le rectum, c'est peu probable, car le gros bout de la cuiller était en haut.

C'est donc par l'estomac que la cuiller fut introduite.

Elle a perforé la paroi par son bout conique et est arrivée, à travers les parois stomacales, dans la cavité péritonéale.

A quel moment cette migration s'est-elle faite? C'est ce qu'il nous a toujours paru impossible de dire, car la saillie de la cuiller, la veille de l'opération, était dans la région de l'estomac.

M. Guinard. — Quelles que soient les « voies mystérieuses » suivies par la cuiller, elle se trouvait dans la cavité péritonéale, et cette migration n'est pas plus extraordinaire que celle des corps étrangers passant de la cavité péritonéale dans l'intestin.

M. Rochard. — Je profiterai de cette discussion pour vous faire, dans la prochaine séance, un rapport sur deux corps étrangers (cuillers) trouvés dans la cavité péritonéale et provenant de l'estomac.

M. Terrier. — Même après les explications de M. Legueu, je ne comprends pas l'observation de M. Le Dentu, et je n'ai aucun commentaire à ajouter.

M. Tuffier. — Je répondrai à M. Guinard que le passage des corps étrangers de l'estomac dans l'intestin, à travers le pylore et le duodénum, me semble non seulement possible, mais tout à fait naturel : c'est le processus indiqué par notre collègue qui me paraît extraordinaire. Je ne vois pas bien pourquoi une four-

chette sortie de l'estomac rentrerait dans l'intestin pour sortir par l'anus, et je ne crois pas qu'un de ces corps étrangers trouvés dans l'intestin soit obligé de suivre cette voie.

M. Legueu affirme que la cuiller de M. Le Dentu était, la veille de l'opération, dans l'estomac; mais son affirmation n'est étayée sur aucune preuve certaine. Il a senti la cuiller dans le ventre et voilà tout. Je trouve au moins bizarre ce fait d'un corps étranger aussi volumineux, qui perfore l'estomac en une nuit sans que le lendemain il reste la moindre trace de cette perforation! Je crois bien qu'au moment où M. Legueu a examiné son malade, la cuiller était déjà, et peut-être depuis plusieurs jours, dans la cavité péritonéale.

J'aurais pu d'ailleurs rapporter cette observation de M. le Dentu, car je la connaissais; si je ne l'ai fait, c'est, je le répète, parce que j'ai tenu à limiter strictement mon rapport aux observations de fourchettes passées dans l'estomac. Autrement j'aurais pu citer à M. Rochard des faits au moins aussi curieux que le sien : le malade de Heymans, qui avait avalé une chauve-souris vivante; le forçat de Fournier, qui avait englouti cinquante-deux objets divers, dont une lime; la jeune fille dont l'histoire est rapportée par Poulet, et qui avait dans l'estomac des aiguilles, des morceaux de verre, des canifs, deux clefs, les manches de six cuillers et les cuillerons de trois autres! Ce n'est plus seulement un couvert que permet la tolérance de l'estomac, c'est un service tout entier.

Présentation de malades.

Néphrectomie transpéritonéale pour une énorme hématonéphrose gauche.

M. F. Legueu. — Je présente un malade chez lequel j'ai enlevé il y a six mois une grosse hématonéphrose du rein gauche par la néphrectomie transpéritonéale.

La tumeur, énorme, remplissait tout le flanc gauche, et remontait jusqu'à la partie supérieure de la cavité abdominale. Elle avait été ponctionnée dans le septième espace intercostal par mon collègue M. Lyon, qui avait retiré un liquide sanguinolent. La couleur de ce liquide nous trompa : en effet, en l'absence de tout symptôme urinaire, nous crûmes à un kyste de la rate.

Au cours de l'opération, je reconnus tout de suite que la rate n'était pas en cause. Je trouvai un grand kyste uniloculaire, rétro-péritonéal, que j'eus assez de peine à énucléer en totalité, parce qu'il remontait très haut. Je dus même ajouter à l'incision

médiane ou verticale une incision transversale, et j'enlevai ainsi toute la poche, qui contenait plusieurs litres de liquide. Je ne vis aucun vaisseau aborder cette tumeur, je ne vis rien qui ressemblât à un uretère, et j'avais cru enlever un kyste hématique rétro-péritonéal. Mais l'examen histologique a démontré que la poche était formée du rein lui-même distendu, atrophié, méconnaissable.

Ce malade, dont la santé, depuis quelques mois, était fort ébranlée, a très bien guéri, il a engraissé de plusieurs kilos et il se porte actuellement parfaitement bien.

Présentation de pièces.

Ver trichocéphale trouvé dans un appendice enlevé à froid.

M. Guinard. — Il y a juste un an, je présentai ici même un appendice dans lequel j'avais trouvé, dans une opération à froid, un ver trichocéphale vivant. Depuis cette époque, vous savez le bruit qui s'est fait sur l'origine vermineuse de l'appendicite, après la retentissante communication de M. Metchnikoff à l'Académie de médecine. Je n'ai cessé de chercher avec soin, dans les appendices que j'ai enlevés, si je ne trouverai pas de nouveau quelque entozoaire, et, il y a quinze jours, j'ai opéré une fillette de dix ans, qui avait eu six semaines auparavant une violente crise d'appendicite, sans avoir jamais présenté antérieurement aucun incident du côté de l'intestin. L'opération fut des plus simples, et, en étudiant le contenu de l'appendice enlevé, je trouvai le trichocéphale que je vous présente. La muqueuse était tachetée d'un piqueté hémorragique que vous connaissez bien pour l'avoir rencontré, surtout dans l'appendicite chronique.

Je présente ici ce ver, en insistant sur ce fait qu'il est très grêle, comme un cheveu (τριχος), et qu'il n'a pas 1 centimètre de long. Il faut donc chercher avec la plus grande attention pour qu'il n'échappe pas à l'observation. Cette présentation a donc surtout pour but de montrer combien ce ver est grêle et combien il faut le chercher avec soin pour le trouver.

Je ne puis croire que je suis seul à enlever des appendices contenant des trichocéphales.

M. Delorme. — Le cas présenté par M. Guinard est des plus intéressants; il semble inciter nos collègues de la Société à dire dans quelle mesure, avec quel degré de fréquence ils ont trouvé des vers intestinaux dans les appendices qu'ils ont enlevés. Pour ma part, malgré l'attention apportée à leurs examens, je n'ai pas encore trouvé d'helminthes dans les appendices que j'ai enlevés et incisés.

M. Rochard. — Il faudrait d'abord démontrer qu'il n'y a pas de trichocéphale dans les appendices normaux.

M. Brun. — Dans les appendices sains, on en trouve fréquemment, comme on en rencontre d'ailleurs dans les appendices malades. Dans les parois d'un appendice enlevé par moi à froid, on a trouvé autour d'un trichocéphale un foyer à microbes divers. Le trichocéphale ne me semble donc être que le vecteur, la porte d'entrée de l'infection, et, à mon sens, on aurait tort de faire de l'appendicite une affection vermineuse.

M. Kirmisson. — En effet, le trichocéphale ne constitue pas en entier l'appendicite, mais il résulte de nos recherches personnelles que sur 22 malades atteints d'appendicite, nous avons trouvé 18 fois des œufs de trichocéphale en très grand nombre.

M. Rochard. — La question pratique qui se pose est de savoir si l'appendicite vermineuse peut être guérie radicalement par la médecine seule. Je puis vous citer le cas d'un malade, atteint de trichocéphalie, chez lequel la médication interne fut insuffisante.

M. Brun. — Chez une malade atteinte de trichocéphalie, et soignée par la médication recommandée par Metchnikoff, je dus enlever l'appendice; certainement, il avait, à la longue, pu être lésé par le trichocéphale, mais il y avait des lésions infectieuses non douteuses qui justifiaient son ablation. Aussi suis-je convaincu que dans les cas nets d'appendicite la médication antivermineuse ne devra jamais de parti pris être substituée à l'appendicectomie, seule opération susceptible de donner un résultat définitif et radical.

M. Kirmisson. — Pour moi, il ne faut pas nier cette influence vermineuse, mais il reste à établir dans quelle mesure la présence des vers et des œufs de ces vers joue un rôle dans l'appendicite.

M. Guinard. — Je n'ai pas voulu soulever la question de la pathogénie de l'appendicite. En deux mois, j'ai trouvé deux trichocéphales dans des appendices. J'ai tenu à vous montrer un de ces vers, à vous faire constater combien, en raison de leur exiguïté, ils peuvent échapper aux recherches, et à vous engager à nous apporter des pièces semblables.

Polype fibreux naso-pharyngien.

M. Potherat. — Je vous présente un polype fibreux naso-pharyngien que j'ai enlevé il y a neuf jours, par la voie bucco-pharyngée, à un petit malade de mon service.

La particularité de ce cas, c'est l'âge du sujet : il s'agit d'un enfant âgé de onze ans seulement. Je sais bien qu'on a rencontré des fibromes du naso-pharynx à un âge moins avancé encore, mais ces faits sont exceptionnels, et habituellement ce n'est qu'à partir de quinze ans que l'affection s'observe.

Pour mon compte personnel, j'ai déjà opéré sept polypes naso-pharyngiens, et le plus jeune de mes malades, avant celui-ci, était âgé de dix-sept ans. Je fais, en effet, abstraction d'une fillette de sept ans, dont je parlerai plus loin.

Il ne m'a pas été possible de préciser le début de l'affection. L'enfant habite la campagne, et ses parents, assez insouciants, ne s'aperçurent du mal que lorsqu'il avait fait déjà des progrès assez considérables pour avoir rempli le naso-pharynx, refoulé le voile du palais, et fait son apparition au-dessous même du bord libre du voile, de sorte que la respiration était gênée au point que l'enfant se réveillait à chaque instant, la nuit, en suffoquant, et que la déglutition des aliments solides ou d'un bol un peu gros et résistant était devenue impossible. Aussi depuis plusieurs semaines l'état général s'était altéré, et l'amaigrissement faisait des progrès manifestes. Une seule fois, il y eut une hémorragie; elle fut très abondante.

Je fis pratiquer l'anesthésie générale par le chloroforme, ce qui n'alla pas sans quelques difficultés, et j'essayai tout d'abord d'enlever la masse sans me créer aucune voie anormale, suivant la méthode préconisée, décrite et employée, avec un arsenal spécial, par le Dr Escat de Toulouse, méthode que j'avais employée déjà une fois avec un plein succès, il y a trois mois, chez un jeune homme de dix-huit ans.

Mais ici le volume de la tumeur remplissant le naso-pharynx, et l'allongement considérable du voile, me mettaient dans l'impossibilité d'atteindre la région de l'apophyse basilaire; aussi je me décidai à faire l'incision médiane du palais membraneux. Je pus alors, après avoir saisi la tumeur, dure, lisse, rénittente, avec une forte pince à abaissement de l'utérus, à l'aide de forts ciseaux ayant une courbure spéciale, je pus, dis-je, sectionner, décoller et enfin détacher complètement la masse.

Naturellement, cela ne se fit pas sans un abondant écoulement de sang; mais il est facile, le malade étant dans la position de Rose, de faire la compression digitale sur un tampon; et d'ailleurs l'hémorragie diminue considérablement dès que la tumeur es enlevée en totalité. Je pus constater que la tumeur, du volume d'une forte mandarine, était largement insérée non seulement sur l'apophyse basilaire, mais encore sur l'orifice postérieur des fosses nasales, sur le bord postérieur du vomer et même de

l'épine nasale du palais osseux. J'ai d'ailleurs fréquemment observé cette insertion antérieure; dans un cas, même, c'est à peine si l'insertion se faisait sur l'apophyse basilaire. Le naso-pharynx fut complètement libéré et nettoyé.

Je n'ai pu faire pratiquer encore l'examen histologique de la tumeur; au point de vue macroscopique, elle est constituée par un tissu, homogène, blanc, criant à la coupe, fibrillaire, analogue à ce qu'on observe dans les fibromes. Il paraît modérément vasculaire.

J'ai laissé ouvert le palais membraneux, afin de pouvoir surveiller la récidive; celle-ci est, en effet, à peu près fatale; je l'ai observée dans tous les cas, quelque procédé que j'aie employé, sauf chez une petite fille de sept ans, que je n'ose pas ranger parmi les cas de polypes fibreux naso-pharyngiens; la tumeur, de même nature que ces polypes, longuement pédiculée, était insérée à la fois sur le rebord du palais osseux et la face supérieure du voile. J'avais incisé le voile, j'enlevai facilement la tumeur, grosse comme une noix, et séance tenante je suturai le voile, qui se réunit par première intention. Je fis cette opération, il y a quelques années, à la Salpêtrière, dans le service de mon maître M. Segond, que j'avais l'honneur de suppléer pendant les vacances.

J'observai l'enfant pendant quelques semaines sans noter de récidive, puis je la perdis de vue. Mais j'ai tout lieu de penser que si quelque chose d'anormal se fût produit j'en eusse été au moins averti. Or, jamais plus je n'entendis parler de cette enfant. Mais, je le répète, je ne crois pas qu'il s'agisse là d'un véritable polype naso-pharyngien.

L'enfant que j'ai opéré il y a neuf jours, et dont je présente la tumeur, va bien, les narines sont désobstruées. Il n'y a pas eu d'incident.

M. Picqué. — Je dois à la mémoire de mon maître Richet de dire que je l'ai toujours vu préconiser l'ablation des polypes naso-pharyngiens par les voies naturelles.

M. Rochard. — J'ai vu cependant Richet faire des opérations préliminaires (ouverture de la narine, et dégagement complet de l'aile du nez) pour aller ruginer l'apophyse basilaire.

M. Walther. — Il est incontestable que cette attaque directe des polypes naso-pharyngiens nécessite une instrumentation spéciale, et il existe des pinces de tous genres ou modèles. Les pinces de Ruault, bien accommodées à la direction du voile du palais, m'ont permis dans un cas d'opérer et de guérir dans un seul temps, et sans intervention préliminaire, un adolescent, alors que je remplaçais M. Monod à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Potherat. — Je répondrai à M. Picqué que je ne me charge pas de le mettre d'accord avec notre collègue Rochard, élève comme lui de Richet, sur la pratique du professeur Richet. Mais, à ne s'en rapporter qu'à la littérature médicale, il n'est pas classique de dire que Richet fut partisan de l'ablation des polypes naso-pharyngiens sans opération préalable.

Je n'ai pas voulu dire que personne n'ait enlevé de polype naso-pharyngien sans opération préliminaire avant M. Escat de Toulouse, puisque M. Escat lui-même, dans son mémoire, prend soin d'indiquer ceux qui l'ont fait. Ce que j'ai voulu dire, c'est qu'il a réglé l'intervention dans tous ses détails, qu'il a imaginé une instrumentation très pratique pour la réaliser, qu'il a décrit tous les détails, qu'en un mot il a érigé cette intervention en méthode. *Cuique suum.*

Arrachement de l'apophyse coronoïde du cubitus.
Présentation des pièces et de la radiographie.

M. E. Potherat. — Les fragments osseux que je vous présente proviennent d'un malade de mon service de la Maison municipale de santé, et que j'ai opéré il y a six jours.

Il s'agit d'un homme, vigoureux campagnard de trente-deux ans, venu dans mon service pour chercher remède à une gêne fonctionnelle du coude gauche, gêne persistante et survenue accidentellement, par traumatisme, il y a huit mois.

Le coude gauche a le même aspect extérieur que le coude droit; mais l'extension presque complète ne peut cependant être complétée, empêchée qu'elle en est par une contracture du biceps. Cependant, la gêne en ce sens est minime. Il n'en est plus de même pour la flexion. Celle-ci atteint à grand'peine l'angle droit; il est absolument impossible de porter plus loin ce mouvement; il semble qu'un coin solide vient caler les os dans le sens de la flexion et s'opposer au mouvement.

En fait, à la palpation, on sent aisément, au devant du coude, une masse de consistance nettement osseuse du volume d'une forte noix. Ce noyau osseux est allongé verticalement dans le sens des fibres musculaires du muscle brachial antérieur. Il est indépendant de l'humérus, au devant duquel il se déplace transversalement; il paraît indépendant aussi des os de l'avant-bras; cependant, il semble que les mouvements d'extension l'entraînent vers le cubitus, mais ce ne peut être qu'une apparence, car le noyau osseux est manifestement développé dans le muscle brachial antérieur. Le tendon du biceps est distinct du noyau; on le sent rouler sous le doigt, en avant et en dehors de la saillie

osseuse; il se tend fortement sur celle-ci, comme sur un chevalet, dans l'extension, et c'est cette tension qui limite l'extension.

Tout d'abord, je pensai à un ostéome développé au contact de débris périostiques entraînés par arrachement ligamenteux, à l'occasion du traumatisme violent qu'avait subi cet homme; pourtant je trouvais ce noyau bien volumineux. Je fis donc faire une radiographie par M. Vaillant; cette radiographie me montra qu'il fallait interpréter ce fait comme un arrachement d'un gros fragment du cubitus, au niveau de l'apophyse coronoïde.

Je fis, non sans quelque difficulté, l'ablation de cette grosse esquille osseuse. Elle était située au milieu du brachial antérieur; elle se terminait en haut par un bord tranchant portant plusieurs pointes aiguës; une mince enveloppe celluleuse la recouvrait sur la face antérieure; une couche périostique épaisse la recouvrait à sa face profonde et la reliait à la face antérieure du cubitus, au-dessous de l'interligne articulaire. Pour faciliter l'énucléation de ce fragment osseux, j'en fis la fragmentation. Cette énucléation effectuée, la flexion complète put se faire aisément. Les suites de cette intervention ont été tout à fait normales jusqu'ici; pas de douleur, pas d'élévation de température; il est donc très probable que la guérison opératoire sera rapide et simple.

Il s'agissait donc bien d'un arrachement d'un fragment coronoïdien, entraîné par le brachial antérieur, et renversé sur lui-même autour de l'axe transversal du coude, de manière à présenter en avant sa face adhérente, la face périostique étant tournée du côté de la face antérieure de l'humérus.

Il était intéressant de rechercher, si possible, par quel mécanisme cette lésion s'était produite. Voici ce que le malade nous a raconté : Il luttait amicalement avec un camarade, il « joutait ». Tout à coup, saisissant son adversaire à bras-le-corps, il l'enlève en se redressant fortement et en se reportant en arrière; il fut entraîné dans ce sens, et tomba sur le côté gauche, sans lâcher son camarade. Le choc avec le sol fut violent, sans doute; en tout cas, le malade pensa avoir le coude cassé ou démis; il y eut rapidement un gonflement considérable. Pendant quatre jours, aucune intervention ne fut faite; au bout de ce temps, le malade se mit aux mains d'un rebouteux qui lui « remit » le coude.

En somme, nous ne savons rien de certain sur ce qui se passa au niveau du coude pendant la chute; y eut-il une luxation en arrière? c'est possible. La seule chose certaine, c'est qu'il y eut là une fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, et il me paraît impossible de nier que cette fracture ne se soit faite par arrachement dû à l'action du muscle brachial antérieur. La forme du fragment, son renversement, sa situation au milieu des fibres du

muscle sont en faveur de cette opinion. Enfin, les conditions du traumatisme, survenant pendant l'effort que faisait le malade pour enlever et saisir son adversaire, et surprenant le muscle brachial antérieur en pleine et forte contraction, nous expliquent cet arrachement osseux.

Les faits de cette nature sont assez rares. C'est le premier que j'observe; il me semble donc qu'il méritait devoir être rapporté.

M. Rochard. — La radiographie qui est sous nos yeux démontre qu'il s'agit d'une lésion plus étendue qu'un arrachement de l'apophyse coronoïde; et, sans nier cet arrachement, je crois qu'il s'est compliqué d'un ostéome du brachial antérieur.

M. Reynier. — Je crois aussi qu'il s'agissait d'un ostéome, car ce tissu osseux, enlevé par M. Potherat, a tous les caractères de l'os friable qui caractérise l'ostéome.

M. Delorme. — L'aspect de la radiographie que nous présente M. Potherat est celui des radiographies d'ostéomes du brachial antérieur.

M. Picqué. — Cette radiographie rappelle tout à fait celles que j'ai présentées au nom de M. Loison, et qui s'appliquaient à des ostéomes.

M. Walther. — Ces débris osseux sont plusieurs fois supérieurs au volume d'une apophyse coronoïde; il y avait donc autre chose, c'est-à-dire un ostéome.

M. Legueu. — Si c'est l'apophyse coronoïde qui a été arrachée, pourquoi est-elle conservée sur la radiographie? car vous pouvez la retrouver nettement sur cette photo-radiographie.

M. Potherat. — L'objection que me font mes collègues qui voient dans cette pièce un ostéome, est une objection purement théorique. Il suffit d'examiner la pièce, pour s'en convaincre. Il ne s'agit pas là d'un os friable, mais d'un os dur, compact; s'il y a plusieurs morceaux, c'est que je l'ai fragmenté, à la pince coupante, et avec la plus grande difficulté. L'extrémité supérieure se terminait par des pointes acérées, et la surface lisse d'un côté est la surface irrégulière que présente toute esquille osseuse. Il peut y avoir autour de l'os nouveau; mais il s'agit bien là d'une esquille détachée du cubitus, au niveau de son apophyse coronoïde et dans le voisinage.

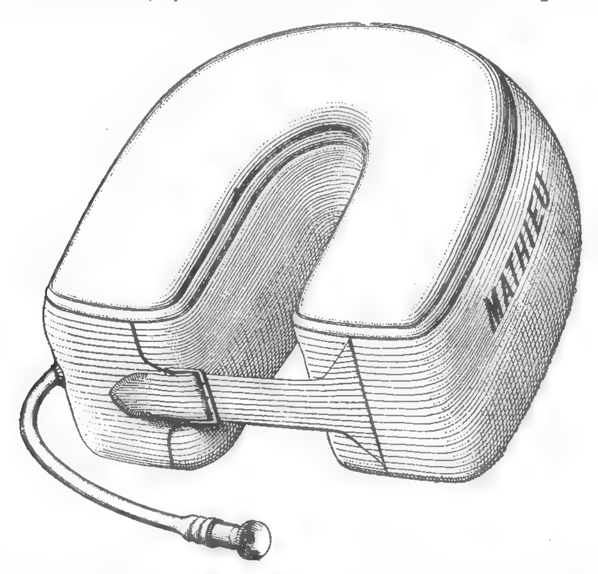
Seringue de Pravaz dans le corps caverneux.

M. Faure présente une seringue de Pravaz retirée du corps caverneux d'un individu qui se l'était introduite, deux ans auparavant, dans le rectum, — M. Rochard, rapporteur.

Présentation d'appareil.

Coussin pour escarres sacrées.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je viens vous présenter un modeste appareil qui peut, toutefois, vous rendre des services dans des accidents, que nous rencontrons encore trop souvent, à



la suite des hystérectomies vaginales. Je veux parler des escarres sacrées, — et ce que je viens vous montrer est un modèle de coussin sur lequel doit reposer l'escarre, et que m'a construit M. Mathieu fils, sur mes indications. Comme vous le voyez, c'est un coussin en forme de croissant très élevé, de dix centimètres, à face supérieure large. Le siège repose dans l'écartement des deux branches du croissant, dont la circonférence est dirigée en avant. J'ai été amené à choisir cette forme par expérience, malheureusement trop personnelle. Au moment de cette grave infection que j'ai faite à Rome, il y a quelques années, j'ai eu une escarre sacrée profonde et très large; j'ai appris, à ce moment, à connaître tout ce que souffraient les malheureureux affligés de ces

escarres. Tant qu'elle n'est pas ouverte, l'escarre n'est pas douloureuse, mais quand la plaque sphacélée est tombée, le contact du drap, la pression sur le matelas, deviennent très pénibles. Dans les ronds de caoutchouc ordinaires, par le fait du poids du corps, le sacrum s'enfonce dans l'intérieur du rond, et une partie de l'escarre vient frotter sur la circonférence de l'appareil. Ce frottement est particulièrement pénible et empêche les malades de se reposer. Il faut que le siège soit maintenu très au-dessus du matelas, et c'est pourquoi j'ai donné cette hauteur à ce coussin, que j'avais fait à ce moment construire pour mon usage personnel. Quant à la forme en croissant, j'y ai été amené : 1° parce que, dans le vide, le sacrum se trouve tout à fait libre et à l'abri de toute pression ; 2° parce que j'ai remarqué que l'escarre se cicatrisait beaucoup plus rapidement quand on ne comprimait pas les vaisseaux des tissus situés au-dessus d'elle. Cette observation que j'avais faite sur moi, je l'ai refaite sur tous les malades qui depuis se sont servis de cette forme de coussin, et qui en ont, comme moi, éprouvé un grand soulagement. C'est pourquoi j'ai cru devoir vous le faire connaître.

M. Delorme. — En insistant sur les difficultés qu'on peut éprouver à guérir les escarres sacrées, notre collègue, M. Reynier, m'engage à signaler un procédé qui m'a réussi maintes fois et qui consiste à placer le malade, antiseptiquement pansé, soit sur le côté, soit sur le ventre.

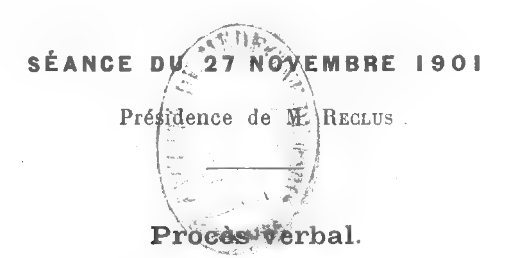
M. Picqué. — Depuis quinze ans que je suis chirurgien des aliénés de la Seine, j'ai vu un très grand nombre d'escarres chez des paralytiques généraux. Elles guérissent ordinairement grâce à des lavages fréquents, des pansements réguliers et à la précaution de faire porter le poids du corps sur un autre point que l'escarre (décubitus latéral ou ventral.)

M. Reynier. — L'exemple choisi par M. Picqué, du traitement des escarres chez les aliénés, ne saurait me convaincre. Leur sensibilité est émoussée et leur esprit ailleurs ; ils ne se plaignent pas, — mais moi qui ne suis pas aliéné, et qui ai conservé toute ma sensibilité, je peux vous dire combien ces escarres sont douloureuses, et quels bénéfices vous retirerez de l'emploi de ce coussin en caoutchouc.

Le Secrétaire annuel,

Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette



SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1901

Présidence de M. RECLUS.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Deux lettres de MM. FÉLIZET et POTHERAT qui, retenus par une indisposition, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. le PRÉSIDENT annonce que MM. les Drs DELAGÉNIÈRE et FONTAN, membres correspondants, assistent à la séance.

A propos de la correspondance.

— M. QUÉNU dépose sur le bureau, de la part du Dr Cottin (de Dijon), trois observations dont voici les titres :

1° *Cholécystite calculeuse. Vésicule renfermant plus de 400 calculs. Cholécystectomie. Guérison.*

2° *Sarcome de l'utérus. Hystérectomie totale. Guérison.*

3° *Grossesse. Fibrome enclavé. Hystérectomie supra-vaginale. Guérison.*

Les trois observations de M. Cottin sont renvoyées à une commission dont M. QUÉNU est nommé rapporteur.

— M. Ch. MONOD dépose sur le bureau un travail de M. le Dr COUTEAUD, médecin de marine, intitulé : *L'orchite par effort existe-t-elle?* Le travail de M. le Dr COUTEAUD est renvoyé à un commission dont M. Ch. MONOD est nommé rapporteur.

— M. Tuffier dépose sur le bureau, de la part de M. le Dr Letoux (de Vannes), une observation intitulée : *Oblitération congénitale de l'intestin grêle.* Le travail de M. Letoux est renvoyé à une commission dont M. Tuffier est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Les ostéomes musculo-tendineux, d'origine traumatique, de la région du coude.

M. Loison. — Dans la dernière séance, M. Potherat vous a présenté une radiographie qui a semblé, à quelques-uns d'entre vous, répondre à l'affection que nous connaissons sous le nom d'ostéome du brachial antérieur.

Je me permettrai, à ce propos, de reprendre devant vous les points les plus saillants de la question des ostéomes de la région du coude, dont je vous ai déjà entretenus jadis, et à l'appui de ma communication je vous soumettrai un certain nombre de radiographies recueillies, depuis quatre ans, sur des malades appartenant aux divers services du Val-de-Grâce, ou venus de l'extérieur en consultation.

1° *Situation des ostéomes.* — Chez nos douze malades, les ostéomes occupaient la situation suivante :

Brachial antérieur seul.	10 fois.
Brachial antérieur et triceps	1 —
Brachial antérieur et long supinateur . . .	1 —

2° *Variétés antérieures.* — Les ostéomes situés dans le brachial antérieur se divisent en trois catégories, suivant qu'ils sont largement implantés sur l'apophyse coronoïde, dont ils sont en quelque sorte une production exubérante (2 cas) ; suivant qu'ils ne sont rattachés à cette apophyse que par un pédicule plus ou moins rétréci (6 cas) ; et suivant qu'ils semblent nettement indépendants de cette apophyse (4 cas).

L'existence de ces trois variétés cliniques est confirmée par la radiographie et par l'intervention sanglante.

3° *Forme extérieure et structure.* — Ces ostéomes ont une configuration extérieure très irrégulière ; leur surface présente des aspérités nombreuses, et parfois des sortes d'ailettes qui s'insinuent entre les faisceaux musculaires voisins. Un aspect que l'on rencontre fréquemment, et dont M. Nimier et moi vous avons présenté plusieurs types, est la *forme* dite en *cornet*, que l'on

trouve dans le brachial antérieur, aussi bien que dans les muscles adducteurs de la cuisse. Le cornet a sa concavité dirigée vers le corps musculaire et sa pointe s'insinue dans le tendon et se rapproche plus ou moins de l'insertion à la coronoïde.

La structure varie suivant l'âge de l'ostéome, ainsi que le montre la radiographie, et l'examen direct des pièces enlevées ; l'os est très friable au début, très spongieux et peu chargé de sels calcaires; plus tard, il se condense et présente une résistance assez grande aux instruments.

Je vous présente, à l'appui de ce dire, quelques fragments d'ostéomes anciens ou récents que j'ai retrouvés, et qui proviennent de quelques cas que j'ai opérés.

4° *Etiologie.* — Les ostéomes succèdent à une luxation des os du coude, ou à une simple entorse avec déchirure partielle des muscles qui entourent l'articulation. Je ne veux pas m'occuper des périarthrites ossifiantes capsulaires, consécutives à l'entorse ligamenteuse latérale, avec arrachement partiel du point osseux d'insertion supérieur ou inférieur de ces ligaments; j'en ai recueilli plusieurs cas, mais ils ne rentrent pas dans la question actuelle.

5° *Pathogénie.* — Trois théories, à mon avis, doivent être admises pour expliquer le développement de ces productions anormales. Les ostéomes sessiles ne sont que la manifestation d'un cal hypertrophique, résultant d'une fracture plus ou moins étendue de la coronoïde ; les ostéomes venant au contact des points d'insertion des fibres musculaires ou tendineuses sur l'os peuvent s'expliquer par la théorie de l'arrachement périostique d'Orlow ; enfin, pour les ostéomes assez éloignés des points d'insertion osseuse, je crois qu'il faut admettre, pour se rendre compte de leur formation, la *théorie du matériel exubérant* de Cohnheim, basée, en ce qui concerne les ostéomes, sur les recherches histologiques et embryogéniques de Bard (de Lyon).

6° *Traitement.* — En m'appuyant sur les observations que j'ai pu faire sur les malades que j'ai opérés moi-même, ou qui ont été opérés par mes maîtres ou collègues du Val-de-Grâce, je crois que l'intervention sanglante n'est indiquée que lorsque l'ostéome, très rapproché de la coronoïde, forme une sorte d'arc-boutant, de cal qui gêne le mouvement de flexion du coude. Dans les autres cas, à moins de tailler en plein muscle comme je vous l'ai dit, à propos d'un malade que je vous ai présenté, si vous faites simplement l'ablation sous-capsulaire vous substituez une cicatrice fibreuse très rétractile, à la cicatrice osseuse qui comblait le foyer de rupture musculaire, et les mouvements d'extension et de flexion n'ont rien gagné.

Corps étranger de l'estomac.

M. Le Dentu. — Puisqu'il a été question dans la dernière séance de la cuiller en bois que j'ai extraite du ventre d'un jeune homme de vingt et un ans il y a treize ans, et que ce cas est resté incompréhensible pour certains de nos collègues, je crois bon de revenir aujourd'hui sur ce fait singulier.

Le 14 novembre 1888, à 2 heures de l'après-midi, ce jeune homme joue à l'avaleur de sabre avec une cuiller à roux, en bois, de 27 centimètres de long, terminée par un cuilleron usé de 33 milimètres de diamètre. Il présente la cuiller à son pharynx le cuilleron en bas, le manche tenu entre ses doigts. Une contraction violente du pharynx a lieu, et la cuiller est happée en entier par l'œsophage. Jusqu'à 11 heures du soir le sujet n'éprouve que des douleurs médiocres; il était seulement très gêné lorsqu'il s'asseyait. Il dîne comme si de rien n'était; mais à 11 heures du soir il souffre violemment de l'estomac. A 2 heures du matin, il éprouve une douleur atroce « comme si on lui arrachait le ventre ». La nuit se passe en plaintes intenses, qui éveillent les voisins.

A 6 heures du matin, le lendemain de la déglutition du corps étranger, le sujet se présente à l'hôpital Saint-Louis. A 8 heures et demie il est examiné par MM. Jonnesco et Legueu, mes internes, qui constatent une saillie dure à deux travers de doigt à gauche de la lésion médiane, un peu au-dessus de l'ombilic. A 9 heures je ne sens plus rien qu'une contracture violente de la paroi abdominale, et une induration sus-ombilicale sans saillie manifeste.

Le lendemain 14 novembre 1888, à 9 heures du matin, quarante-trois heures après la déglutition du corps étranger, je procède à une opération qui commence par une incision au-dessous du rebord costal gauche. L'estomac étant mis à découvert, je n'y sens pas le corps étranger, mais comme il me semblait impossible qu'il n'y fût pas, j'ouvre l'estomac, mais la cuiller ne s'y trouvait pas. J'explore alors la partie médiane du ventre au-dessus de l'ombilic, et j'y rencontre l'extrémité pointue du manche de la cuiller. J'incise alors la région sus-ombilicale sur la ligne médiane, et je tombe sur cette extrémité. Je fais alors *sans peine* l'extraction de la cuiller tout entière. Il s'échappe simplement après elle un peu de sérosité louche.

Le corps étranger était placé en pleine cavité péritonéale, au milieu des anses intestinales, immédiatement derrière l'épiploon, presque parallèlement à la paroi abdominale antérieure. Son extrémité inférieure devait être en contact avec la vessie.

Le corps étranger *ne pouvait pas avoir été introduit par l'anus.*

Le malade m'avait fait cette réflexion : « Si au moins j'avais eu la bonne idée de tenir la cuiller par le bout large, elle ne me serait pas échappée des doigts ». Il est probable que. s'il se l'était introduite dans l'anus, il l'aurait tenue par le bout large. Alors il n'aurait pas eu de raison de faire la réflexion qui m'a frappé. D'autre part, pendant l'opération, j'ai fait pratiquer le toucher rectal. On n'a constaté dans la partie accessible du rectum aucune lésion ; à aucun moment il ne s'est échappé par l'anus du sang ni une sécrétion quelconque. Le rectum n'a donc pas été perforé. Il fallait bien alors que le corps étranger eût passé au travers de l'estomac; mais, au cours de l'opération, je n'ai pas pu découvrir de perforation ni sur la face antérieure ni sur la face postérieure de cet organe. Où se trouvait la perforation?

Au niveau de la grande courbure de l'estomac, dans le point correspondant diamétralement à l'œsophage et au cardia. Dans ce point, en effet, l'*épiploon était induré*, *épaissi*, *adhérent à la paroi abdominale* sur une étendue de plusieurs centimètres. *Le reste de l'épiploon était intact.* La palette ou cuilleron de la cuiller avait dû, *douze heures après sa déglutition*, sous l'influence de violentes contractions du viscère, au moment de la production subite *d'une douleur atroce*, perforer la grande courbure, s'insinuer dans l'espace virtuel limité par les deux feuillets non confondus de la séreuse stomacale, cheminer quelque temps dans cet espace, perforer ensuite le feuillet postérieur, et tomber entièrement dans la cavité péritonéale. On sait en effet qu'au voisinage de la grande courbure, les feuillets du péritoine qui tapissent les faces antérieure et postérieure de l'estomac n'adhèrent pas à la tunique musculeuse. Ils restent séparés l'un de l'autre sur une étendue d'au moins 3 centimètres avant de constituer par leur fusion le feuillet antérieur du grand épiploon.

Cette explication anatomique n'a pas satisfait tout le monde. C'est pourtant la seule plausible que comporte ce cas. Comme aucune interprétation plus digne de croyance n'a été fournie par mes contradicteurs, je maintiens absolument la mienne, et j'ajoute que je suis arrivé à la trouver parfaitement simple. A moins de nier le fait matériel de la présence du corps étranger en pleine cavité péritonéale, négation contre laquelle protesteraient de nombreux témoignages, je ne vois pas comment on pourrait mieux se rendre compte de ce cas étrange sans doute, mais contre lequel on ne peut invoquer aucune impossibilité absolue.

L'histoire de ce fait a été insérée dans la *Revue de Chirurgie*, numéro d'avril 1889.

Rapport.

Corps étrangers de l'intestin (manche de cuiller),
par le Dr MÉRIEL (de Toulouse), chef de clinique à la Faculté.

Rapport par M. ROCHARD.

Messieurs, j'ai demandé la parole à propos du procès-verbal, afin de ne pas rouvrir prochainement le débat et afin de profiter de la discussion ouverte dans la dernière séance par M. Tuffier sur les corps étrangers volumineux de l'abdomen, pour vous relater une observation de M. le Dr Mériel sur laquelle vous m'avez chargé de faire un rapport, et qui a trait à deux manches de cuiller avalés par un malade et extraits par l'incision de l'intestin grêle, opération suivie de guérison.

Voici, du reste, cette intéressante observation :

Il s'agit d'un malade qui se présenta le 11 mars dernier à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu de Toulouse pour une tuméfaction grosse comme une noix, siégeant au-dessus du tiers externe de l'arcade crurale du côté droit. Cette tuméfaction était apparue depuis une douzaine de jours environ. L'oncle du malade nous conta, d'un air mystérieux, que l'on pensait dans sa famille que cette tuméfaction était causée par la présence de divers corps étrangers que le malade, il y a deux mois, dans un accès de délire, au cours d'une méningite (?), avait avalés; ceux-ci étaient de diverses natures : cuillers en fer, cheville en bois, débris de verre. Nous n'acceptâmes ces renseignements que sous bénéfice d'inventaire, nous proposant d'intervenir pour tirer la chose au clair.

Comme renseignements complémentaires, nous apprîmes qu'il n'y avait jamais eu de signes d'occlusion intestinale; le malade se souvenait à peine de quelques coliques et de quelques selles diarrhéiques. Actuellement, l'état général est bon, mais le facies est un peu celui des tuberculeux fébricitants; enfin, l'intelligence est au-dessous de la moyenne.

Trois jours après son entrée dans nos salles, le malade est endormi, et nous faisons, sur la tuméfaction iliaque, une incision oblique de 6 à 8 centimètres environ. La peau sectionnée, nous rencontrons un tissu cellulaire sous-cutané œdématié mais dur, lardacé, qu'il faut fendre au bistouri, et l'on arrive sur l'aponévrose du grand oblique, qui est à son tour sectionnée, ainsi que quelques fibres musculaires sous-jacentes. Avec précaution, et de la pointe de la sonde cannelée, nous dégageons ces fibres, et nous mettons ainsi en évidence une couche de tissu gris bleuâtre, dépressible et assez épais; nous l'éraillons à la sonde; un trou est fait que nous agrandissons aux ciseaux dans toute l'étendue de la plaie. Nous sommes en présence de l'orifice externe d'un canal

qui s'enfonce obliquement dans l'abdomen vers le milieu de la fosse iliaque, d'avant en arrière et dans la direction de la symphyse sacro-iliaque. Ce canal a des parois assez fermes, admettant à peine l'index et aboutissant à une anse intestinale. Sur la paroi inférieure de ce canal, le doigt rencontre une masse dure, allongée, rubanée et rendant sous l'ongle un son métallique. A l'aide d'une pince hémostatique nous enlevons un, puis deux manches de cuiller en fer, longs, le premier de 12, et le second de 11 centimètres. Ces deux objets étaient juxtaposés dans le canal, se présentant par le bout le plus effilé qui correspondait à la partie rétrécie sur laquelle vient s'insérer la cupule ou partie destinée à recevoir les liquides. L'extraction a pu se faire par tractions et par torsion pour dégager la grosse extrémité postérieure sans léser les parois du canal intestino-cutané.

Du doigt et de la sonde cannelée, nous sentons le fond de ce canal, mais nous ne constatons la présence d'aucun corps étranger; d'autre part, il est bien difficile de préciser si ce canal aboutit au cæcum ou à l'iléon, au voisinage de la valvule iléo-cæcale, contre laquelle serait venu buter le corps étranger.

Un drain de caoutchouc est logé dans le trajet fistuleux, et la plaie est pansée à plat.

Suites opératoires bonnes; toutes les matières fécales passent par le drain, et rien par l'anus vrai. Cinq jours après, lavement purgatif qui dégage le bout inférieur, car, dès ce moment, l'écoulement stercoral tend à se tarir. Le drain est supprimé au bout de huit jours, la plaie est déjà réunie dans ses commissures, et, dix jours après, la fistule stercorale est entièrement oblitérée, la plaie est fermée.

Tout est donc terminé dix-huit jours après l'opération; le malade se lève, s'alimente comme par le passé. Nous avons fait faire successivement la radioscopie et la radiographie de l'abdomen du malade par M. le Dr Marie, et l'examen le plus attentif n'a pu déceler la présence d'un corps étranger.

Si nous avions pu en découvrir un, notre intention était d'aller à sa recherche par une entérotomie qui aurait pu être pratiquée d'une façon réglée par la radiographie.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue; d'abord par la nature du corps étranger : les manches de cuiller observés dans l'intestin grêle sont des hôtes rares, et nous ferons remarquer à M. Tuffier que la jeune fille citée par lui comme porteur des manches de six cuillers les avait dans l'estomac, tandis que, d'après les recherches que nous avons faites, l'observation du Dr Mériel serait la seule dans laquelle on a trouvé deux manches de cuiller.

Nous pensons qu'elles ont passé par le duodénum, ne pensant pas, comme le dit M. Guinard, qu'il est nécessaire qu'elles sortent de l'estomac pour rentrer dans l'intestin, dans leur impossibilité de franchir les coudures duodénales.

Quant au sort des cupules des cuillerons, il est probable qu'il faut penser avec M. Mériel que le malade les aura brisés avant d'avaler les cuillers, car la radiographie a permis de démontrer qu'il n'y avait plus de corps étranger dans l'abdomen; autrement, il faudrait penser qu'après avoir été attaquées par les sucs gastriques et intestinaux, les cuillers se sont brisées à l'endroit le plus faible, et que les cuillerons ont été rendus avec les matières fécales, ce qui est un peu difficile à admettre.

Enfin, nous ferons remarquer en terminant combien a été prompte la guérison de la fistule stercorale, qui n'a mis que dix-huit jours à se cicatriser.

M. Tuffier. — M. Rochard nous a dit, je crois, qu'il ne connaît pas d'autre exemple de corps étranger, métallique, volumineux et irrégulier, de l'estomac passé dans l'intestin. Je pourrais lui citer au moins l'histoire de ce pistolet d'enfant qu'on retira du cæcum d'un individu qui se l'était introduit par la bouche.

M. Rochard. — Pour répondre à M. Tuffier, je lui dirai que je n'ai jamais nié la présence de nombreux corps étrangers ayant passé de l'estomac dans l'intestin, puisque dans le livre de Poulet on trouve le cas d'un matelot ayant avalé seize couteaux, dont plusieurs avaient passé dans l'intestin; ce que j'ai voulu faire ressortir est que l'observation de M. Mériel était, je crois, la seule dans laquelle on a extrait, avec guérison, *deux manches de cuiller* dans l'intestin.

Communications.

Tuberculose probable du foie. Laparotomie. Guérison.

par M. J. BRAQUEHAYE (de Tunis), membre correspondant de la Société (1).

Si les cas de guérison de péritonite tuberculeuse après une simple laparotomie exploratrice ne se comptent plus, il n'existe, à ma connaissance, aucun cas de guérison de tuberculose hépatique par cette opération. Aussi, bien que je n'aie ni examen microscopique, ni inoculations pour affirmer mon diagnostic, j'ai cru intéressant de rapporter l'observation suivante :

Mme B..., trente-quatre ans, entre dans mon service le 19 juin 1899, pour une tumeur du flanc droit.

(1) Travail lu par M. le Secrétaire général.

Elle s'est toujours bien portée jusqu'à la fin de 1898.

Le 20 décembre 1898, ses règles, jusque-là régulières, disparurent.

Bien qu'elle n'ait jamais eu de grossesse, elle se crut enceinte, et cela d'autant mieux que son ventre commença à grossir dès le mois de mars suivant. En même temps apparaissaient des douleurs dans l'hypocondre et le flanc droits.

De mars à juin l'appétit diminue, et la malade maigrit, tandis que le ventre augmente rapidement de volume.

A la fin de mai, les urines deviennent rouges, sanglantes, puis brunes, presque noires. Cela dura quatre jours.

Le 2 juin, les règles disparues reparaissent, mais plus abondantes que d'habitude et sans rien de spécial comme durée. La malade se croit toujours enceinte, et sent même, dit-elle, remuer son fœtus.

Quelques jours après, œdème des membres inférieurs et du bas-ventre. En même temps, l'état général faiblissait. Anorexie presque absolue; diarrhée fétide et abondante, sans coliques.

Le 19 juin, à son entrée à l'hôpital, la diarrhée a disparu presque complètement, grâce au traitement qu'elle a suivi (régime lacté, antisepsie intestinale).

Le ventre est distendu; la peau est luisante et l'on voit une dilatation considérable des veines superficielles. La circonférence, à l'ombilic, mesure 1m01.

Au palper, il existe une ascite considérable, dans laquelle flotte une tumeur dure, grosse comme une tête de fœtus, qui occupe le flanc droit. Cette tumeur, très mobile transversalement, présente le phénomène du choc en retour quand on déprime brusquement la paroi abdominale. Elle se continue sur le flanc, et se perd dans la région lombaire; mais en avant, sur la ligne médiane, elle s'arrête nettement par une ligne presque verticale qui n'atteint pas la ligne médiane.

L'ascite rend difficile l'exploration des loges rénales.

L'utérus est normal et vide.

A cause du siège, de la forme de la tumeur, et aussi à cause des troubles urinaires présentés par la malade, je portai le diagnostic de tumeur maligne du rein et, sur l'insistance de la malade et de son entourage, je me décidai à intervenir.

Opération le 28 juin. Laparotomie médiane qui donne issue à six litres au moins de liquide ascitique, semblable à du bouillon brun foncé, sans odeur spéciale.

La tumeur solide était formée par le lobe droit du foie, très gros, descendant jusque dans la fosse iliaque droite. Il est rouge foncé presque ardoisé sur certains points, et marbré de nombreux nodules blanc jaunâtre, légèrement saillants, allant du volume d'un pois à celui d'une fève. Il existait aussi de ces nodules sur le lobe gauche, mais en moins grand nombre. Vésicule biliaire normale.

Je crus à un cancer nodulaire du foie, et je refermai le ventre : sutures profondes au catgut, superficielles au crin de Florence.

Les suites opératoires furent simples. Température et pouls normaux. Au douzième jour, j'enlève les sutures : réunion parfaite.

Au vingtième jour, l'état général s'est amélioré ; l'appétit revient; il n'y a plus de diarrhée, ni d'œdème des membres inférieurs. Mais l'ascite s'est, en partie, reproduite. Elle est ponctionnée au trocart le 20 juillet, il sort quatre litres environ de liquide ascitique moins foncé. Le foie, encore très gros, ne plonge plus dans le bassin, il affleure à peine l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Le 30 juin, le mari, furieux d'une part de ce que je n'avais enlevé aucun organe à sa femme, et d'autre part de ce que son état s'améliorait malgré le pronostic sévère que j'avais porté, ramenait la malade chez lui.

J'ai appris depuis que, deux fois encore, en septembre et en décembre 1899, elle dut faire ponctionner son ascite.

Actuellement (17 novembre 1901), elle est bien guérie. Elle a depuis plus d'un an repris ses occupations, sans aucun incident.

Les suites de l'opération m'ont obligé à modifier mon diagnostic opératoire. Bien que je n'aie fait ni examen histologique, ni inoculations, ni cultures, je crois qu'il s'agissait de nodules tuberculeux épars dans le foie. Je ne vois guère qu'une lésion tuberculeuse qui ait pu guérir ainsi, après une simple laparotomie exploratrice, comme cela s'observe après la péritonite de même nature. Il est incontestable que l'opération a influé d'une façon manifeste sur la guérison de la malade. Celle-ci se cachectisait de plus en plus et rapidement, avant l'intervention, et c'est à partir de ce moment que l'état général et local a commencé à s'améliorer.

C'est là un fait de plus à enregistrer en faveur de l'action curatrice de la laparotomie exploratrice dans les lésions tuberculeuses de l'abdomen.

Cholécystite tuberculeuse. Cholécystectomie. Guérison (1),

par M. J. BRAQUEHAYE (de Tunis), membre correspondant de la Société.

Les opérations pour cholécystites tuberculeuses sont rares, puisque nous n'en avons rencontré que deux cas.

L'un, de Riedel (*Berl. klin. Wochensch.*, 1888), fut traité par l'incision de la vésicule avec fixation à la paroi. En 1890, la malade avait encore une fistule (2).

1. Travail lu par M. le Secrétaire général.

2. L'observation de Riedel est rapportée avec le diagnostic de sarcome. Mais la malade vivait encore en bonne santé en 1890; pendant l'opération, la vésicule était bourrée de « matière caséeuse ». Cette longue survie et l'aspect du contenu font plutôt penser à la tuberculose. Les bourgeons charnus ont sans doute été pris pour du sarcome.

L'antre de Czerny (*Beitr. z. Klin. chirurg.* 1895) fut curetté énergiquement et tamponné à la gaze trempée dans le chlorure de zinc. La malade quitta le service avec une fistule, mais celle-ci était refermée après un an.

Notre malade fut traitée par la cholécystectomie, et a guéri en peu de jours. Voici son observation :

Je suis appelé par le Dr Gary à voir en consultation Mme M..., quarante et un ans, atteinte d'une tumeur de l'hypocondre droit qui est le siège d'une douleur fixe et rebelle. Elle s'en est aperçue il y a quelques mois, à l'occasion d'une grossesse. Ses antécédents sont bons. Jamais de maladies graves. Son mari est syphilitique et elle-même a accouché d'un fœtus mort, à sa première grossesse. Digestions bonnes, malgré un dégoût assez vif pour la viande. Pas d'infection intestinale. Jamais d'ictère, d'ascite, ni de coliques hépatiques.

A l'examen, voussure manifeste dans l'hypocondre droit. Au palper, on sent une tumeur du volume d'une belle mandarine, mobile, rénittente, dure, douloureuse à la pression, mate à la percussion. Elle suit les mouvements du diaphragme. En présence de cette tumeur qui a évolué sans troubler l'état général, sans crises douloureuses, sans ascite ni ictère, je portai le diagnostic de kyste hydatique du foie, et je proposai une opération qui fut acceptée par la malade.

Je l'opérai dans mon service d'hôpital le 25 avril, assisté du Dr Gary et de mon interne, M. Wiehn.

Incision sur le bord externe du grand droit. La tumeur, formée par la vésicule, paraît solide, lardacée, et adhère à la paroi, au foie, au côlon et au duodénum, infiltrant ces organes. Je crus à un cancer de la vésicule et je commençai la dissection de la tumeur. Cette dissection fut si pénible que je me demandai un moment si je n'allais pas refermer le ventre. Néanmoins je continuai. Sur le côlon transverse, j'enlevai la paroi externe de cet intestin, jusqu'à la muqueuse, dans la partie adhérente, et je suturai la brèche au catgut fin ; sur le foie, je placai deux longues pinces se rejoignant en arrière par leur pointe et j'enlevai un triangle de tissu hépatique, mesurant 10 centimètres de côté ; sur la paroi, j'enlevai l'aponévrose profonde, au delà des adhérences ; je détachai assez facilement le duodénum.

Dès lors, la dissection en profondeur devint plus facile.

Au niveau du col de la vésicule l'induration cessait, et le cystique paraissait sain. J'isolai au delà du mal. Je liai le cystique au catgut, et après avoir mis une pince à forcipressure sur le col de la vésicule, je sectionnai le pédicule au thermocautère. Une pointe de feu sur le moignon, dans la lumière du cystique ; suture au catgut de la tranche de foie sectionnée.

Après toilette du ventre, je suturai les deux extrémités de l'incision et laissai le milieu ouvert avec un drainage à la Mickulicz. Pansement aseptique.

A l'incision, la tumeur, en forme de poire, avait des parois très épaisses (plus d'un centimètre). La cavité, très réduite, contenait du pus

d'aspect tuberculeux, caséeux, ainsi qu'un calcul mûriforme du volume d'une petite noisette. La muqueuse offrait des ulcérations rougeâtres, se détachant sur un fond couleur feuille morte.

Mon diagnostic devint alors cholécystite tuberculeuse, et c'est avec cette étiquette que je présentai la pièce quelques jours après, à mes collègues de la Société médicale de Tunis.

L'examen histologique, fait par mon ami le Dr Sabrazès (de Bordeaux), vint corroborer cette opinion. Il y avait des cellules vaso-formatrices à type épithélioïde, formant çà et là des cellules géantes disposées par groupe, au sein de follicules tuberculeux conglomérés.

Les suites opératoires ont été très bonnes. La température ne dépassa 37° que le soir du quatrième jour, parce que j'avais enlevé le drainage trop tôt. Le drain fut remis à la contre-visite et le lendemain la température devenait normale.

Les fils furent enlevés le douzième jour, et la malade quittait l'hôpital le 5 juin, guérie depuis plusieurs jours déjà.

Nous avons eu des nouvelles de la malade au moment de rédiger cette observation. Sa guérison s'est maintenue parfaite.

En terminant cette note, nous insisterons sur les deux points suivants :

1° Lorsqu'on parcourt les observations de cholécystite publiées, on voit souvent que le pus était grumeleux, mal lié, et la paroi fongueuse. Il serait intéressant de rechercher, dans ces cas, la tuberculose. Dans notre observation, on aurait pu croire à une cholécystite calculeuse, puisqu'il y avait un calcul.

Lorsque, après une cholécystostomie, les voies biliaires étant perméables, il persiste une fistule externe, n'est-ce pas parfois parce que le terrain est tuberculeux? De là les succès obtenus, dans ces cas, par la cholécystectomie.

2° S'il est possible avant ou pendant l'opération d'établir la nature tuberculeuse d'une cholécystite, on devra avoir recours à la cholécystectomie, qui est l'opération de choix, qui permet d'obtenir rapidement une guérison sans fistule.

Plaie de la moelle par arme à feu,

Par M. C. WALTHER.

Messieurs, la récente communication de notre collègue M. Loison, la lecture que vous a faite M. Mathieu, ont sinon mis à l'ordre du jour de vos discussions, du moins rappelé à votre attention les traumatismes du canal rachidien et de la moelle. C'est pour faire suite à ces intéressantes communications, que je vous apporte

aujourd'hui, à titre de document, une observation de plaie par arme à feu, de la partie supérieure de la moelle dorsale.

La blessée, jeune fille de vingt-deux ans, fut transportée à l'Hôtel-Dieu immédiatement après l'accident (le 19 janvier 1901), et examinée au moment même de son admission par mon ami M. Fredet, chef de clinique de M. le professeur Duplay, que j'avais alors l'honneur de remplacer.

Voici les renseignements rédigés par M. Fredet après ce premier examen :

« État syncopal, pâleur extrême de la face, pouls petit. La malade comprend les questions qui lui sont posées, mais elle y répond difficilement, car « il lui est trop pénible de réfléchir », et elle se trouve dans un état nauséeux particulièrement désagréable (vomissements bilieux).

« La plaie était recouverte de coton. Une hémorragie assez notable avait mouillé toute la partie antérieure de la chemise. La peau est soigneusement nettoyée au pourtour de la blessure, puis celle-ci est désinfectée.

« L'orifice d'entrée du projectile se trouve au-dessous de la clavicule gauche, à deux doigts environ en dedans de la coracoïde. Il est circulaire ; les bords sont réguliers, noirâtres, comme brûlés. La pression exercée dans la région ne révèle la présence d'aucun corps étranger. Elle fait sourdre du sang noir, mêlé de gouttelettes de graisse et de quelques bulles d'air, surtout quand on presse vers le bas. Des lambeaux musculaires apparaissent dans la profondeur. — Intégrité certaine de la clavicule ; intégrité probable des côtes.

« La malade, interrogée sur la direction probable du coup de feu, ne peut donner que de vagues renseignements. Elle dit avoir élevé le bras gauche au moment où le coup est parti : le coup était tiré face à elle, et un peu à gauche. Le pouce de la main gauche est noirci, et comme brûlé par la poudre.

« Il existe de la matité à la base du poumon gauche, et en arrière ; l'espace de Traube est sonore. On n'entend pas le murmure vésiculaire, sauf en haut, en arrière, et très légèrement. — Pas d'hémoptysie.

« La malade se plaint d'éprouver une sensation douloureuse, lancinante, à la racine des deux bras ; elle déclare qu'il lui semble que tout le train inférieur est comme « séparé d'elle ». Cependant, notre attention n'est pas immédiatement attirée sur la paralysie des membres inférieurs, car on nous rapporte (à tort, comme une enquête ultérieure l'a démontré) que la malade a marché après l'accident.

« Pansement de la plaie à la gaze stérilisée. Mise dans le décubitus. Injection de 1 litre de sérum. La température, qui était de 35 degrés, avec pouls misérable, s'élève rapidement; le pouls reprend de l'amplitude.

« Vers 5 heures, la sœur chargée du service me prévient que la sensibilité et la motilité ont disparu aux membres inférieurs. A 6 heures, je constate une anesthésie absolue, une insensibilité complète au toucher et au froid, de toute la partie inférieure du corps jusqu'au voisinage des seins. La limite de l'anesthésie correspond à une ligne transversale au-dessus de laquelle reparaît la sensibilité. Aux confins de cette zone, la sensibilité est accrue; le moindre contact est douloureux, et donne la sensation de brûlure superficielle.

« Les membres inférieurs sont complètement paralysés.

« Le besoin d'uriner manque. On sonde la malade, et on retire de la vessie une certaine quantité d'urine.

« Les membres supérieurs sont sensibles et mobiles. Il y a eu une période d'anesthésie avec sensation de fourmillement au niveau du bord cubital de la main. Il existe une hyperesthésie douloureuse à la racine des membres du côté interne, au voisinage de l'aisselle. »

Le lendemain matin, à la visite, je vois la malade avec M. Fredet, et nous constatons que l'état ne s'est pas modifié.

Pendant la nuit, la malade a eu une hémoptysie peu abondante, et une dyspnée assez notable.

La température, qui était de 35 degrés à l'entrée de la malade à l'hôpital, à 3 h. 1/2 de l'après-midi, était remontée à 37 degrés, puis à 38 degrés le soir. Elle était encore à 38 degrés. Pouls régulier à 90.

On constate les signes d'un pneumothorax communicant avec hémothorax de la base de la plèvre gauche.

M. le professeur Brissaud voulut bien venir compléter notre examen du traumatisme médullaire, et nous constatâmes ensemble :

1° Une anesthésie complète de toute la partie inférieure du corps jusqu'à une ligne passant par les deux mamelons. Anesthésie au toucher, au pincement, à la piqûre, à la température. Au niveau de la ligne bimamelonnaire, une zone d'hyperesthésie très marquée.

2° Une paralysie absolue à la motilité dans toute la zone d'anesthésie.

3° Une abolition complète des réflexes des membres inférieurs. Cependant le chatouillement de la plante du pied provoque un léger mouvement de flexion des orteils.

4° Une douleur spontanée très pénible à la nuque, douleur accrue par la percussion sur les jambes, qui retentit « comme un coup de marteau dans le cou ».

En raison des renseignements fournis par quelques personnes qui avaient assisté à l'accident et qui affirmaient avoir vu la blessée faire quelques pas après qu'on l'avait relevée, en raison du fait qu'on nous avait signalé (mais que je n'ai pu confirmer dans une nouvelle enquête) de la disparition progressive de la sensibilité des pieds vers le tronc, en raison aussi de l'abolition complète des réflexes, M. Brissaud pensa qu'il s'agissait peut-être plutôt d'une compression par un hématorachis que d'une section de la moelle.

Les jours suivants, l'état de la lésion médullaire ne se modifie pas. Les accidents pleuro pulmonaires dominent du reste toute la scène. L'hémothorax augmente et le pneumothorax persiste, avec tintement métallique très net à l'inspiration, témoignant d'une assez large plaie du poumon.

Le 23 janvier seulement, quatre jours pleins après l'accident, le pneumothorax se ferme, le tintement métallique disparaît. La matité occupe à ce moment la moitié postérieure du thorax, la malade étant toujours naturellement dans le décubitus dorsal absolu.

Pendant deux ou trois jours, l'épanchement reste stationnaire, puis décroît; la ligne de matité s'abaisse progressivement; le 1er février, elle descend jusqu'à la gouttière costo-vertébrale, et, le 3 février, on ne trouve plus de matité; la respiration s'entend partout, très nette.

Pendant ce temps, quelques accidents nouveaux s'étaient manifestés : le 22, trois jours par conséquent après le traumatisme, une tache ecchymotique, noire, à deux orteils, au talon gauche et au sacrum; le 24, au talon droit. Ces régions furent soigneusement désinfectées, recouvertes et protégées, ce qui permit de retarder la formation des escarres.

A plusieurs reprises, on constata, ou du moins on crut constater, le retour d'une légère sensibilité. C'est ainsi que, le 23 janvier, je trouve, dans l'observation prise jour par jour avec la plus grande exactitude et rédigée par M. Bellemanière, externe du service : « La malade semble sentir légèrement le pincement des jambes; elle rapporte toutes ses sensations au pied droit. » Une autre fois, elle rapportait toutes ses sensations au pied gauche. Ces apparences de retour de sensibilité n'étaient certainement que des illusions, d'autant plus que les sensations que la malade croyait éprouver étaient rapportées tantôt à droite, tantôt à

gauche, et jamais nous n'avons pu trouver nettement une trace de sensibilité vraie, même atténuée.

Le 29 janvier, pour la première fois, se manifesta une incontinence d'urine passagère, qui alterna pendant quelque temps avec la rétention et ne s'établit définitivement que beaucoup plus tard.

Le symptôme le plus pénible était, pendant toute cette première période, la constipation, opiniâtre, résistant aux lavages intestinaux, aux purgatifs. La contraction du diaphragme pendant l'effort distendait la paroi abdominale flasque, et l'expulsion des matières était très difficile, toujours insuffisante. Il en résultait une infection gastro-intestinale intense, avec haleine fétide, quelquefois vomissements bilieux, inappétence absolue.

Ce n'est que le 8 février qu'eut lieu une véritable débâcle intestinale qui dura toute une nuit et abaissa la température de 39°6 à 36°6.

A partir du moment où les accidents pleuro-pulmonaires s'étaient amendés, nous nous étions préoccupés de déterminer avec précision la situation du projectile. Une première radiographie faite le surlendemain de l'accident nous avait montré la balle au niveau de la deuxième vertèbre dorsale, mais cela ne nous donnait aucune indication sur son siège, soit dans le corps vertébral, soit dans le canal rachidien, soit en arrière de la colonne vertébrale. L'exploration minutieuse de la région dorsale ne nous avait, nulle part, révélé la présence du corps étranger.

Mon collègue et ami M. Béclère voulut bien nous aider dans cette recherche, et fit, le 6 février, une radiographie stéréoscopique. Je vous présente aujourd'hui cette radiographie qui nous a permis de déterminer, avec une exactitude absolue, la situation du projectile. Comme vous pouvez le voir sur ces épreuves, il siège exactement au niveau de la 2e dorsale, un peu à droite de la ligne-médiane, et, grâce à l'impression de relief très net que donne la stéréoscopie, on peut se rendre compte qu'il est situé non pas dans le corps vertébral, mais bien au niveau de la lame vertébrale. Si vous prenez en effet, comme points de repère, les deux apophyses transverses voisines, vous pouvez voir qu'il semble sur un plan plus rapproché que celui de l'apophyse supérieure, plus éloigné que celui de l'apophyse inférieure. Il est donc à peu près au niveau de la lame vertébrale, et rien ne décelant là une lésion osseuse, il doit être dans le canal rachidien, contre cette lame.

Dans ces conditions, en raison de la persistance des accidents primitifs, de leur aggravation même, car, aux troubles trophiques précédemment notés (escarres précoces), s'ajoutait un œdème des deux membres inférieurs, avec épanchement dans les genoux, le

diagnostic d'hématorachis étant abandonné, nous ne pouvions plus songer qu'à une section de la moelle ou à une compression.

L'intervention, que l'hémopneumothorax eût rendue trop périlleuse pendant les premiers jours, était maintenant possible. Je me décidai à faire l'opération, qui fut pratiquée le 11 février.

Le matin même de l'opération, la plaque de gaze appliquée sur la plaie de la région sous-clavière avait été enlevée et on avait constaté l'issue, par l'orifice du projectile, d'une certaine quantité de pus provenant de l'infection d'un hématome siégeant sous la peau; après désinfection soigneuse de cette cavité, on avait appliqué un pansement aseptique.

Opération, le 11 février. — Anesthésie au chloroforme, par M. Leroy des Barres, interne du service. Aides, M. Fredet, chef de clinique, et M. Huguier, interne.

Longue incision médiane de la 5ᵉ cervicale à la 5ᵉ dorsale. Dégagement rapide des muscles des gouttières vertébrales, qui sont réclinés en dehors.

Résection des apophyses épineuses des 3 premières dorsales. Section bilatérale des lames de la 2ᵉ et de la 1ʳᵉ dorsales à la pince-gouge.

Les lames relevées, on aperçoit la dure-mère absolument intacte. Aucune trace de contusion, d'épanchement sanguin.

En explorant légèrement avec le doigt la dure-mère, je sens un peu à droite de la ligne médiane une résistance nette.

La dure-mère est incisée sur la ligne médiane, et les deux bords de la section écartés par des pinces.

La balle apparaît immédiatement, transversale, comme l'avait indiqué la radiographie, et est facilement saisie et enlevée.

Le canal rachidien est vide à ce niveau. Au-dessus et au-dessous apparaissent les deux bouts de la moelle coupée, écartés d'un centimètre environ.

La tranche de section de la moelle est absolument nette sur les deux segments, comme faite avec un rasoir. Il n'y a ni ecchymose, ni trace de vascularisation sur la coupe.

L'intégrité du canal rachidien est frappante. Nulle part de trace d'ecchymose, d'épanchement sanguin ; pas de vascularisation des méninges, pas d'adhérences, pas de fausses membranes. Comme il n'y a aucun suintement sanguin dû à la section de la dure-mère, sa face interne apparaît blanche, polie, nacrée.

Suture de la dure-mère par un surjet de catgut. Suture des lames vertébrales et des muscles des gouttières au catgut.

Sutures de la peau par 15 points de crins de Florence.

Pour éviter toute chance d'infection secondaire de la ligne de suture dans ce cas particulier, chez une malade difficile à déplacer,

je recouvre la ligne de suture d'une couche de stérésol et d'ouate stérilisée, comme tout pansement.

Les suites opératoires furent, du reste, fort simples. Je laissai les sutures douze jours, et quand je les enlevai, le 23 février, la réunion était parfaite sur toute la ligne d'incision.

Après l'opération, la malade eut quelque soulagement. Les douleurs si pénibles de la nuque et de la partie supérieure du dos semblèrent s'amender.

Je n'ai pas à insister sur l'évolution des accidents ultérieurs : incontinence d'urine, accroissement des escarres, de l'œdème, douleurs violentes dans les membres, cachexie progressive, histoire classique de toutes les plaies complètes de la moelle.

La malade finit par succomber le 5 avril, deux mois et demi après la blessure, près de deux mois après l'opération.

Le seul fait digne d'intérêt dans cette dernière période de la maladie, est la réapparition des mouvements réflexes des membres inférieurs. Environ trois semaines avant la mort, la religieuse qui soignait la malade avec une extrême sollicitude, remarqua des mouvements des jambes. J'avais à ce moment quitté le service, où m'avait remplacé mon ami M. Legueu; et M. Fredet a bien voulu me donner les renseignements suivants sur ce fait intéressant :

« Il s'agissait de mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse. Les mouvements semblaient se produire spontanément, mais non volontairement. Ils ne se sont plus reproduits que très faiblement dans ces conditions, sauf la veille de la mort. Après la réapparition de ces mouvements dans les membres inférieurs, on a pu y provoquer quelques mouvements réflexes, en frôlant la face antérieure de la cuisse (il s'agissait de flexion de la jambe sur la cuisse). Le réflexe patellaire n'a jamais reparu, ni le réflexe plantaire. »

Tel est, Messieurs, le résumé de cette observation qui affirme, une fois de plus, l'insurmontable difficulté du diagnostic de la nature de la lésion médullaire, mais aussi la possibilité de la détermination exacte du siège d'un projectile par la radiographie stéréoscopique, et encore la bénignité de l'opération, ce qui peut nous encourager à intervenir au moins pour explorer.

M. Delbet. — Les réflexes ont-ils été examinés jour par jour jusqu'au moment de l'opération?

M. Walther. — L'exploration de la sensibilité, la recherche des réflexes ont été faites chaque jour, avec le plus grand soin. M. Brissaud est revenu examiner la malade avec nous. Jamais on n'a constaté la réapparition des réflexes.

Je dois ajouter que si des témoins oculaires nous avaient rap-

porté que la malade avait marché, un seul, retrouvé plus tard, nous a affirmé le contraire, celui qui l'avait relevée et soutenue après sa chute.

M. F. Legueu. — M. Walther vient de faire allusion aux difficultés du diagnostic des lésions médullaires : en présence d'une plaie de la moelle, il est parfois très difficile de dire si la section est complète ou incomplète.

Je viens précisément d'opérer, dans le service de M. Championnière, une malade qui vient bien montrer ces difficultés.

La malade à laquelle je veux faire allusion avait reçu plusieurs mois avant un coup de couteau dans le dos : à la suite et immédiatement, il y avait eu chute et paraplégie. M. Championnière, qui avait suivi cette malade, ne voulait pas l'opérer; il l'avait montrée à M. Brissaud, qui avait dit *section complète*.

Cependant, en voyant cette malade, je fus frappé de ce que les escarres qu'elle avait eues s'étaient spontanément guéries; elle était complètement paralysée, la paralysie de la sensibilité était complète, mais il y avait des réflexes, des mouvements involontaires presque incessants. Je me demandai s'il n'y avait pas une cause anormale d'irritation et je voulus m'en rendre compte.

J'opérai largement : il n'y avait pas trace d'adhérence; en un point seulement, un petit enfoncement sur la dure-mère. A ce niveau, la moelle présentait une section de ses cordons postérieurs, mais le reste de la moelle était intact. Je suturai cette section au catgut, et fermai la plaie.

La malade n'a retiré aucun bénéfice de l'opération. Elle a succombé ces jours derniers. Et ce fait prouve d'abord combien il est difficile de diagnostiquer l'état exact de la moelle lésée et aussi l'inefficacité de la suture, pour les sections anciennes au moins.

M. J. Lucas-Championnière. — Je demanderai à parler un peu plus longuement des faits de traumatisme de la moelle. Mais, en ce qui concerne la malade que vient de citer M. Legueu, je désire immédiatement dire quelques mots.

L'observation en fut fort curieuse. Après l'avoir longtemps examinée, je renonçai à toute tentative opératoire, d'une part parce que M. Brissaud, après examen, avait pensé qu'elle portait une plaie de la moelle trop étendue pour qu'il y eût chance de faire quelque chose de bon, et d'autre part parce qu'elle était en état d'incontinence d'urine continuelle. La suite a montré que cette incontinence avait été l'origine d'accidents du côté de la plaie opératoire, comme on pouvait le prévoir.

Elle a présenté pour les reflexes cette particularité remarquable qu'ils avaient été complètement abolis au début pendant une

période assez longue. Puis les réflexes avaient reparu. Puis ils avaient été exagérés. Enfin la malade était en proie à des sortes de mouvements convulsifs continuels du côté des membres inférieurs. Cela, bien entendu, sans conscience ni douleur.

Il n'y avait eu pour elle aucune hésitation du genre de celle que l'on a rapportée dans l'autre cas. Sous le coup de couteau elle s'était affaissée sur elle-même complètement paralysée.

Comme on l'a très bien dit, l'étendue des contusions de la moelle est très difficile à déterminer.

J'ai eu plusieurs occasions de rechercher la possibilité d'intervenir, surtout dans des cas de fracture de la colonne vertébrale.

J'ai eu un cas heureux. Une des raisons qui m'ont fait intervenir malgré une paraplégie à peu près complète, a été le développement de douleurs au niveau et au-dessous du foyer de fracture.

Dans les cas dans lesquels la moelle est complètement détruite, l'absence de douleur est très frappante.

Dans ce cas je fis une opération très considérable. Je trouvai la moelle à cheval sur un foyer de fracture qui la soulevait. Je réséquai toute la partie saillante des vertèbres brisées, de façon à creuser une cavité nouvelle pour la moelle.

Le malade guérit bien. Il y a deux ans qu'il est opéré et il marche bien.

J'ai eu l'occasion vers la même époque de voir deux autres fractures de la colonne vertébrale.

L'une fut observée en commun avec MM. Marie, Le Dentu, Delaporte. L'accord fut unanime pour admettre une destruction complète de la moelle, qu'une radiographie très nette rendait, du reste, tout à fait vraisemblable.

Chez ce malade, l'insensibilité était tout à fait remarquable. Toutefois, après quelque temps, on put observer quelques réflexes et même quelques secousses musculaires.

Dans une autre observation, le malade, souffrant beaucoup à la suite d'une fracture datant de quatre jours, j'intervins.

L'opération, très large, montra une fracture de la colonne vertébrale plus étendue en longueur que nous ne le pensions et une moelle absolument en bouillie sur une longue étendue.

Le sujet continua à mourir, ne survécut que peu de jours.

Il est remarquable que, dans ces cas, l'évolution des escarres ne soit pas aussi régulière et aussi fatale que l'on imagine, surtout si le sujet est très bien soigné.

Un blessé à fracture n'eut des escarres importantes que très tardivement; et notre blessée par le coup de couteau passa plus de cinq mois sans escarre notable.

Du pneumothorax provoqué comme temps préliminaire de toute intervention sur le poumon,

par M. HENRY DELAGÉNIÈRE (du Mans).

Au dernier Congrès de chirurgie (1), nous avons étudié le pneumothorax chirurgical ou accidentel, et nous en avons démontré l'innocuité, à la condition toutefois de se conformer à quelques règles que nous avons énoncées en nous appuyant sur six observations personnelles. Cette innocuité démontrée, nous avons rapporté une observation d'intervention directe sur le poumon, après avoir déterminé un pneumothorax comme temps préliminaire de l'opération. Aujourd'hui, nous apportons un nouveau fait qui paraît démonstratif, parce qu'il donne non seulement une confirmation expérimentale de toutes les conclusions que nous avons énoncées, mais encore parce qu'il démontre que ces conclusions restent vraies jusque dans les limites les plus extrêmes.

Il en résulte à notre sens qu'en érigeant en méthode générale d'intervention sur les plèvres et le poumon notre manière de procéder, les limites de la chirurgie pleuro-pulmonaire seront considérablement accrues, et que les résultats de cette chirurgie encore incertaine deviendront réguliers et scientifiques.

Nous avons remarqué après bien d'autres que l'entrée de l'air dans la plèvre au cours d'une opération n'avait d'importance que si le poumon était libre d'adhérences. Lorsque des adhérences existaient, les accidents dus au pneumothorax étaient beaucoup moins inquiétants. Dans ces cas, l'organe, maintenu pour ainsi dire en état de dilatation par ses adhérences périphériques, semblait continuer sa fonction.

En plèvres saines, nous avons d'abord cherché à réaliser ces mêmes conditions, en saisissant le poumon avec des pinces à abaissement et en le maintenant dans l'ouverture pleurale. Mais, en agissant ainsi, nous n'avons pas tardé à remarquer qu'au bout d'un temps variable le poumon s'affaissait sur lui-même, que la respiration s'égalisait et qu'il devenait bientôt inutile de maintenir ainsi l'organe au dehors. En un mot, en maintenant le poumon avec des pinces, nous avions évité la production brusque d'un pneumothorax, et ce pneumothorax provoqué sagement était parfaitement toléré.

D'autre part, au cours de diverses opérations, nous avions ouvert accidentellement la plèvre, et, pour éviter la production

(1) Congrès français de chirurgie, XIV[e] session, 1901.

d'un pneumothorax, nous avions saisi le poumon avec une pince de Kocher, l'avions attiré dans l'orifice, où nous l'avions suturé (1). Nous avions donc dans cette manœuvre un moyen simple et efficace d'arrêter le pneumothorax dans son développement, dans le cas où une menace d'asphyxie surviendrait au cours d'une opération.

Il ne restait donc à redouter dans le pneumothorax provoqué que les accidents post-opératoires, plus rares, mais parfois fort inquiétants, tels que dyspnée, point de côté violent, etc.

La solution de cette partie du problème était la plus facile à résoudre. En effet, rien n'était plus simple, une fois la plèvre fermée et suturée, que d'aspirer l'air retenu dans la cavité pleurale reconstituée. C'est ce que nous avons fait avec succès dans plusieurs circonstances, notamment chez la malade de l'observation V du travail auquel nous avons fait allusion plus haut.

Il en résulte donc que nous pouvons provoquer sans danger un pneumothorax, et rendre ce pneumothorax temporaire, c'est-à-dire que nous pouvons recourir sans dangers immédiats et sans inconvénients ultérieurs à la méthode d'investigation directe de la plèvre et du poumon.

Allant même plus loin dans notre observation VI (2), nous avons exploré directement un poumon contenant un abcès central, nous avons extériorisé ce poumon dans l'endroit voulu et enfin ouvert l'abcès.

L'acte opératoire est donc complet et le problème de la chirurgie pleuro-pulmonaire résolu. Mais quelles peuvent être les limites de cet acte opératoire, quelle surface maxima du poumon pouvons-nous extérioriser sans dangers, quelles ressources avons-nous pour combattre l'apnée qui doit résulter d'une désinsertion large du diaphragme et d'une résection large de la plèvre diaphragmatique et costale? Tels sont les points qui nous paraissent mis en lumière dans l'observation suivante.

Observation (3). — *Chondro-sarcome du dos récidivé. Extirpation. Large résection de la paroi costale des plèvres costale et diaphragmatique, Extériorisation du poumon pour combler le vide. Guérison* (4).

Malade de cinquante ans, atteinte d'un volumineux chondro-sarcome du dos pesant 2 kil. 300, adhérent à la colonne vertébrale aux dernières côtes et au bassin. Le 4 février 1901, j'ai enlevé la tumeur en réséquant la 12e et la 11e côtes; en la décortiquant, la plèvre fut accidentellement

(1) Obs. II, III, IV, *loco citato.*
(2) *Loco citato.*
(3) N° 4187 de la statistique générale.
(4) Voir, pour la première partie de l'observation, *loco citato*, obs. III.

ouverte, et l'ouverture fut immédiatement fermée en attirant le poumon dans l'orifice pleural et en l'y suturant.

Le 1er octobre cette malade revint me consulter, étant en pleine récidive. Je déconseillai toute intervention; mais bientôt le néoplasme se développe rapidement, acquiert le volume qu'il avait lors de la première intervention, en provoquant des douleurs intolérables à la malade. Elle rentre à la clinique le 28 octobre pour y subir une nouvelle opération.

État à l'entrée. — La tumeur s'est reformée dans la région dorso-lombaire droite. Elle a atteint à peu près le volume qu'elle avait au moment de la première opération. Mais elle est plus inégale, plus bossuée. Elle adhère fortement au squelette de la région. En haut, à la base du thorax, qui disparaît dans une grosse masse arrondie. En bas, à la crête iliaque, qui est comme coiffée d'une masse semblable. Enfin, en dedans, à la colonne vertébrale. A l'auscultation, on perçoit le murmure vésiculaire jusqu'au niveau de la tumeur, qui a manifestement envahi la cavité pleurale. Rien dans les urines, mais des douleurs vives ressenties le long de l'uretère droit. Selles faciles et normales. Pas de ganglions hypertrophiés dans aucune région.

Opération le 31 octobre 1901. — Le chloroforme est donné par M. Crétin; je suis assisté par les Drs Horeau et Meyer; est présent le Dr Fouchard.

Une première incision oblique de dedans en dehors et de haut en bas est menée obliquement selon la direction de la 6e côte; une deuxième incision parallèle à cette première incision est menée au contact de la crête iliaque. Enfin une troisième incision verticale est abaissée sur le milieu des deux autres. Ces trois incisions forment donc dans leur ensemble un I oblique pratiqué de façon à circonscrire deux lambeaux cutanés faciles à rejeter en dedans et en dehors pour découvrir la tumeur.

La peau est rapidement disséquée et séparée de la tumeur, dont les bosselures sont dénudées.

L'opération est alors conduite de la façon suivante :

L'extrémité libre de la 10e côte est dénudée et isolée; la 9e côte est sectionnée près de son extrémité, à environ 3 centimètres de la tumeur, dans laquelle elle disparaît; la 8e est également sectionnée un peu en dedans de la précédente, à 3 centimètres aussi de la tumeur; enfin la 7e côte est aussi sectionnée dans les mêmes conditions. La 6e côte paraît saine et située au-dessus de la tumeur.

Les côtes une fois sectionnées, je me propose de provoquer un pneumothorax, afin d'enlever la portion de tumeur qui a envahi la plèvre et de réséquer le cul-de-sac costo-diaphragmatique de cette séreuse. Je pratique une petite ouverture à la plèvre et laisse l'air pénétrer doucement. Il en résulte une gêne respiratoire momentanée, mais qui ne donne aucune inquiétude. Agrandissant alors l'ouverture pleurale, je puis constater que la tumeur a envoyé dans la plèvre un prolongement gros comme les deux poings; que le poumon est adhérent au sommet de ce prolongement par des tractus lamelleux. Je sectionne alors ces tractus lamelleux, qui résultent sans doute de la suture faite

pour sectionner le poumon dans la brèche pleurale lors de la première opération, et libère complètement l'organe.

Le sinus costo-diaphragmatique a complètement disparu; le diaphragme lui-même semble être englobé dans la tumeur.



Franchissant la tumeur, j'incise la plèvre diaphragmatique; puis, faisant fortement soulever la masse, je commence à l'isoler de haut en bas, à sa face antérieure, entamant le muscle diaphragme. Poursuivant cet isolement sur le côté, je décolle d'abord les insertions diaphragmatiques, puis le péritoine, que je refoule en avant.

Je sectionne alors au ras de la colonne vertébrale les quatre côtes qui sont comprises dans la tumeur; puis, avec la gouge à main, je sépare, péniblement, la tumeur de la crête vertébrale, de haut en bas, jusqu'à la crête iliaque. Là, la tumeur présente une bosselure grosse comme deux poings, qui coiffe la crête iliaque sans y adhérer. Cette

partie de la tumeur est très facile à isoler. Dès lors, l'extirpation de la masse est terminée.

Lorsque la pièce est enlevée, la cavité thoracique est légèrement ouverte et laisse voir le poumon rétracté. Au-dessous, le diaphragme, privé de ses insertions costales, est affaissé et attiré par le poids des viscères abdominaux. Enfin, en dedans, la colonne vertébrale paraît complètement dénudée en arrière, sur son côté droit et sur une partie de sa face antérieure. En bas, le péritoine, décollé de la tumeur, et les muscles vertébraux sont refoulés en avant et en bas.

Il est impossible de songer à reconstituer une cavité pleurale en suturant la plèvre costale. La perte de substance est trop considérable. Je me propose donc de combler l'énorme brèche avec le poumon.

J'attire l'organe dans la vaste échancrure et l'y maintiens avec deux pinces de Kocher. Je le fixe d'abord au moyen d'un surjet de catgut à la plèvre costale; puis, arrivé à la paroi antérieure de l'ouverture pleurale, je rétrécis, autant que possible, cette ouverture, toujours avec mon surjet de catgut. Saisissant et attirant le diaphragme, je suture la plèvre diaphragmatique au poumon, le plus près possible de la suture de la plèvre costale au poumon, de façon à extérioriser le moins possible de l'organe. La suture est complétée circulairement, de sorte que l'on aperçoit dans le fond de la plaie le poumon suturé qui présente une surface de 16 centimètres sur 7 centimètres extériorisée. Avec l'aspirateur, je débarrasse la plèvre de l'air qu'elle contient, et aussitôt la respiration redevient normale.

Je fais l'hémostase de la plaie, rugine les vertèbres pour les débarrasser de tous les débris cartilagineux, enfin je rabats les lambeaux cutanés, que je suture l'un à l'autre. La suture verticale mesure 30 centimètres; l'oblique supérieure, 20 centimètres; l'oblique inférieure, seulement 12 centimètres.

L'opération a duré près de deux heures. On a injecté du sérum pendant toute sa durée. De plus, on a pratiqué 5 injections d'éther.

Suites. La malade a du choc opératoire, le nez froid, les mains froides, le pouls à peine perceptible. Mais elle respire tranquillement. Au réveil, elle n'est pas gênée par la respiration et ne se plaint pas d'avoir de point de côté. On continue le sérum. Dans la soirée, le choc persiste encore, mais la malade se sent déjà mieux, le pouls est plus perceptible; elle se plaint d'une grande soif, malgré le sérum injecté (plus de deux litres depuis l'opération).

La nuit est bonne, grâce à une piqûre de morphine; pas de souffrances, pas de gêne respiratoire, toujours soif ardente. Le pansement est changé; l'angle supérieur externe du lambeau, comprimé par l'angle de l'omoplate, est violacé et menacé de gangrène. Le reste de la plaie est en parfait état.

12 *novembre* 1901. Très bon état général, même état local; pas de température. A partir de ce jour, les suites sont régulières. La petite portion de peau sphacélée par pression se dessèche et se racornit; la plaie se réunit par première intention. Les fils sont enlevés le neuvième

jour. La malade commence à se lever le dixième jour. Elle est complètement guérie le dix-huitième jour.

Cette observation met en relief les points suivants au point de vue opératoire :

1° L'innocuité absolue de provoquer lentement en plèvre saine un pneumothorax destiné à permettre l'exploration de la plèvre et du poumon.

2° L'exploration facile des plèvres et des poumons lorsque le pneumothorax est effectué.

3° La facilité très grande d'intervenir sur les plèvres diaphragmatique et costale pour enlever le prolongement intra-pleural de la tumeur.

4° La possibilité de combler l'énorme brèche résultant de l'ablation de ce prolongement de tumeur avec le poumon, dont une grande partie de la face postéro-latérale (16 centimètres sur 7) se trouve extériorisée, en suturant la plèvre pariétale au poumon, ainsi que la plèvre diaphragmatique.

5° La possibilité de rétablir les fonctions du diaphragme en suturant ce muscle et sa plèvre diaphragmatique au bord du poumon.

6° La facilité d'enlever avec un appareil aspirateur l'air contenu dans la cavité pleurale reconstituée par la suture de la brèche pleurale sur le poumon.

Au point de vue physiologique l'histoire de notre malade nous paraît intéressante en démontrant :

1° Le rétablissement progressif de la respiration malgré l'existence d'un pneumothorax;

2° Après l'opération, l'absence de tout accident respiratoire, bien que la plèvre ait été le siège d'un pneumothorax d'une part, et que, d'autre part, le diaphragme ait été détaché de ses insertions costales et fixé au poumon lui-même. Ce qui prouve, non seulement la possibilité d'évacuer l'air du pneumothorax contenu dans la plèvre, et de rétablir de ce fait la fonction pulmonaire, mais aussi la possibilité de conserver les fonctions du diaphragme malgré une résection partielle de ce muscle et sa désinsertion dans une vaste étendue.

Sur un nouveau cas de suture du cœur avec guérison,

par M. le Dr J. FONTAN, médecin en chef de la marine, à Toulon.

Messieurs, je vous ai communiqué l'année dernière, au mois de mai, une première observation de plaie du cœur avec suture et guérison. Je viens vous apporter aujourd'hui un second fait, favorable aussi, et qui améliore aussi sensiblement la statistique des opérations pour plaies du cœur.

Au moment où je fis ma première opération, on connaissait 14 cas publiés de sutures ou de tentatives de sutures dans les plaies du cœur (1); 3 de ces opérations, celles de Rehn, de Parrozani et de Parlavecchio, avaient été suivies de succès. Le fait que je communiquai à la Société de Chirurgie concernait un jeune soldat qui, dans une tentative de suicide, s'était plongé à plusieurs reprises de grands ciseaux de couturière dans la région du cœur. Blessé à 2 heures du matin, je le vis six heures après. L'énorme hémorragie, intus et extra, l'état syncopal, le pouls filiforme, les battements du cœur étouffés, éloignés, arythmiques, la lividité du blessé, et sa température basse, tout cela constituait un ensemble qui présageait une mort prochaine. J'opérai surtout à cause de l'hémorragie persistante et de la blessure possible du poumon, du cœur, ou de quelque gros vaisseau. Je fis un grand volet thoracique, à base externe, et trouvai, entre autres blessures, une plaie du ventricule gauche, longue de 12 millimètres, et qui lançait un jet de sang rutilant à chaque systole.

La plaie du cœur fut suturée par un surjet au catgut, et, après toilette du péricarde et de la plèvre, tous les plans furent réunis par une série de sutures superposées.

Le blessé guérit en quelques semaines.

Je me suis procuré depuis de ses nouvelles, et j'ai su qu'il n'avait pas été réformé du service militaire, mais qu'il l'avait quitté six ou sept mois après sa blessure par le licenciement annuel du contingent.

C'était là le premier succès obtenu en France, et cette observation devrait être encourageante.

Depuis ce moment, il ne semble pas cependant que l'on ait suturé beaucoup de plaies du cœur. Je trouve un cas de Stern, non suivi de succès (2); un cas de Lastaria (3), aussi suivi de mort,

(1) Voir, pour l'historique et la bibliographie, l'excellente thèse de Manine, *De la suture des plaies du cœur*. Bordeaux, 1901.

(2) Stern. *Presse Médicale*, 1900, n° 41.

(3) Francesco Lastaria. *Riforma Medica*, n° 68-70, anno XVII.

et quelques autres tentatives trop mal racontées pour être prises en sérieuse considération.

Le second fait que je publie aujourd'hui vient se placer à côté du premier par le genre de blessure, par l'intervention et par les suites définitives. Il s'en différencie par les symptômes et les troubles immédiats, et aussi par les complications ultérieures.

Voici les faits :

Observation. — Ottaviani, Ange, soldat au 111e de ligne, reçoit, à 6 h. 15 de l'après-midi, le 8 août 1901, un coup de couteau sur le côté gauche de la poitrine. Il est apporté aussitôt à l'Hôpital Principal, très voisin de la caserne où l'événement s'était passé.

Pas de perte de connaissance. Il explique à plusieurs reprises comment a éclaté sa dispute avec un camarade de chambrée, etc.

J'arrive à l'hôpital à 3 heures.

Le facies est très pâle, les yeux cernés de noir. Une sueur très abondante ruisselle sur tout le corps; cependant les extrémités ne sont pas refroidies. Le pouls est presque imperceptible, entre 120 et 130. La respiration n'est pas très gênée, mais elle est rapide (40 à la minute) et superficielle. La température axillaire est de 35°5.

Plaie à 1/2 centimètre en dehors du mamelon gauche, sur l'aréole même, dans le 4e espace intercostal, mesurant 3 centimètres, presque verticale, à commissure supérieure élargie, à commissure inférieure finement coupée, le tranchant du couteau ayant sans nul doute porté sur cette extrémité.

La plaie ne saigne pas du tout, et le blessé croit qu'il ne s'est guère écoulé de sang au dehors avant l'entrée à l'hôpital; ce point a pourtant été contesté par des témoins. Les lèvres de la plaie sont immobiles; les pelotons de graisse l'obturent d'une façon complète.

Pas de voussure précordiale; la *percussion* ne dénote pas d'augmentation de la matité cardiaque.

On trouve au contraire une sonorité exagérée sur toute la hauteur du poumon gauche.

A l'auscultation, on perçoit les battements du cœur très faibles, très rapides, lointains, mais conservant leur rythme, sans aucun bruit anormal. Le blessé ressent une douleur sourde et angoissante au niveau de la région cardiaque, vers le sternum, et non pas au niveau de la plaie de la paroi. Il n'y a pas de crachat sanglant. Dans les instants qui avaient précédé mon arrivée à la salle de clinique, le médecin résident avait pratiqué une injection sous-cutanée de 25 centigrammes de caféine, et, coup sur coup, deux injections de sérum artificiel de 200 grammes chacune. Malgré cela le pouls ne revient pas, on le perçoit à peine à l'artère fémorale.

Mon examen fait, considérant qu'il y a tous les signes d'une hémorragie interne dont l'abondance ne paraît pas extrême, que le poumon ne paraît pas en être la source, que la douleur paraît indiquer une blessure se rapprochant du sternum, et que l'angoisse et l'imminence

de syncope font songer à une atteinte du cœur, je porte le diagnostic provisoire suivant : plaie pénétrante de la poitrine, avec hémorragie interne limitée, blessure possible du poumon et probable du cœur. Je considère que, dans ces conditions, une intervention est indispensable et d'une urgence absolue. Cette intervention, exploratrice d'abord, doit se faire par un large volet qui permette ensuite des manœuvres qu'il est impossible d'indiquer d'avance. En tout cas, vu la faiblesse extrême du blessé, l'opération doit être accompagnée d'une injection simultanée de sérum artificiel. Quant au chloroforme, je trouve qu'il doit être administré même dans des cas de ce genre, car il assure au chirurgien une sécurité et une rapidité de manœuvres sans lesquelles de pareilles entreprises ne peuvent être menées à bien.

Le malade est placé sur la table d'opération à 3 h. 15, exactement deux heures après la blessure, et, tandis que l'on procède à une désinfection rigoureuse de la région blessée, on obtient l'anesthésie chloroformique sans aucun incident.

Opération. — Après avoir exploré la plaie avec une sonde cannelée, qui se dirige en bas et en dedans, et vient pénétrer dans le thorax en dessous de la 4e côte, laquelle est ébréchée par le coup de couteau, je taille sans hésitation un volet thoracique, dont je place le centre au point correspondant à la pointe du cœur. Le lambeau comprend peau, muscles, trois côtes, les 4e, 5e et 6e, et la plèvre. Sa base ou charnière est externe sur la ligne axillaire antérieure. Son bord supérieur est dans le 3e espace intercostal, son bord inférieur dans le 6e; son bord interne vertical comporte la section au bistouri des 4e, 5e et 6e cartilages costaux à un travers de doigt du sternum, c'est-à-dire à quelques millimètres en dehors de l'artère mammaire interne. A la base du volet, les 4e et 6e côtes sont sectionnées à l'aide d'une cisaille costotome insinuée sous la peau, tandis que la 5e côte est rompue avec les doigts en rabattant le volet en dehors. Les artères intercostales ne saignent pas dans le lambeau; au contraire, les branches de la mammaire interne qui donnent sont rapidement pincées.

Au moment de l'ouverture de la poitrine, pluie de sang et bouffées d'air chaud, lancées par le poumon, qui est chassé du thorax à l'inspiration, et s'affaisse dans la gouttière costo-vertébrale pendant l'expiration. Après quelques instants, il se retire dans cette gouttière et ne se distend plus.

Le diaphragme, très saillant en haut, se livre à des mouvements saccadés et fréquents qui gênent beaucoup la manœuvre. Mais bientôt il s'immobilise dans sa moitié gauche, c'est-à-dire dans toute la partie exposée sous nos yeux, et se fixe en une voussure très élevée, remplissant ainsi au moins la moitié de la fenêtre que j'ai taillée dans le thorax.

Tout cela est plus long à décrire qu'à voir se dérouler.

Pas de plaie visible sur le poumon.

Une certaine quantité de sang encombre le sinus costo-diaphragmatique.

Je cherche aussitôt la source de l'hémorragie et j'aperçois sur le péri-

carde, tout près du sternum, une sorte de poche de la grosseur d'une petite mandarine, remplie de sang, et qui en verse dans la plèvre par une ouverture assez étroite. Cette poche, qui m'a surpris et fait hésiter un instant, était une sorte d'anfractuosité de la plèvre médiastine; le péricarde, qui en formait le fond, présentait une plaie verticale de 12 millimètres, par où le sang s'échappait en bavant.

Un doigt est introduit dans cette plaie, et sur lui le péricarde est incisé aux ciseaux, en haut et en bas, sur une hauteur totale de 6 centimètres. Les deux lèvres de l'incision sont repérées par des pinces à forcipressure, avec lesquelles on tire sur le péricarde de façon à mettre sous les yeux la pointe du cœur, qui est saisie et fixée avec une pince de Kocher.

Aussitôt, affolement du cœur, battements précipités et tumultueux.

On ne tarde pas à apercevoir, à 15 millimètres au-dessus de la pointe, sur le ventricule gauche, une plaie de 8 millimètres, oblique, presque verticale, normale aux fibres cardiaques, et laissant échapper un jet de sang vermeil à chaque systole. Cette plaie devient béante au moment de la contraction du ventricule, les bouts des fibres musculaires coupées perpendiculairement s'écartant alors en dessous du feuillet séreux viscéral, de telle sorte qu'en suivant ce mouvement avec la pulpe du doigt plutôt qu'avec la vue, on sentait que la plaie musculaire du cœur était plus grande que la plaie séreuse, au moment de la systole. La sonde cannelée, introduite dans la plaie, glisse tout entière dans la cavité ventriculaire. Ayant très rapidement fait ces remarques, je procède à la suture avec uue aiguille d'Hagdorn, armée d'un catgut n° 3. Il se passe alors un incident curieux et inquiétant. Au premier point, l'aiguille étant un peu grande, traverse toute l'épaisseur du myocarde, et pénètre dans la cavité ventriculaire; on en est averti par une petite hémorragie systolique qui se produit immédiatement aux orifices d'entrée et de sortie de l'aiguille. Le premier point est cependant noué, mais le fil casse et l'on se trouve en présence de trois plaies pénétrantes qui donnent chacune du sang rouge à la systole, deux jets filiformes, dont l'un d'ailleurs s'arrête aussitôt tout seul, s'écartant en éventail de chaque côté du jet principal.

La suture est aussitôt reprise. Un surjet croisé, de façon à nouer le chef terminal du fil avec le chef initial, après avoir fait trois points d'aller et trois points de retour, ferme hermétiquement la principale solution de continuité. Un point isolé ferme la petite piqûre qui donnait encore un peu de sang; l'autre piqûre, ne saignant plus, est négligée.

Toute hémorragie est ainsi bien arrêtée.

Il y avait à ce moment quinze minutes que l'opération était commencée.

On débarrasse ensuite avec les doigts et des tampons montés la cavité péricardique du sang liquide qu'elle contient et d'un gros caillot réniforme situé en arrière du cœur. Après quoi le péricarde est suturé par un surjet de catgut; puis on fait la toilette de la plèvre, qui est nettoyée à sec et débarrassée de quelques caillots et d'environ 800 grammes de sang liquide.

L'état du malade paraît à ce moment assez satisfaisant, mais il était au début de l'opération tellement bas que je me hâtais, craignant de le voir expirer avant la fin de la suture, et il s'est même produit à un certain moment des convulsions de la face qui semblaient annoncer la mort. On lui a fait au cours de l'opération une injection de 1.000 grammes de sérum et une de 25 centigrammes de caféine.

L'opération se termine par la réapplication du lambeau thoracique à sa place. Des points de suture isolés affrontent les bouts des cartilages costaux sectionnés, et d'autres points sur les muscles referment les espaces intercostaux. Puis un deuxième plan de sutures, musculo-cutané, achève de refermer la cavité et supprime toute traumatopnée.

L'intervention est terminée à 4 heures. A ce moment, le pouls est revenu, la dyspnée n'est pas inquiétante, les bruits du cœur sont nets.

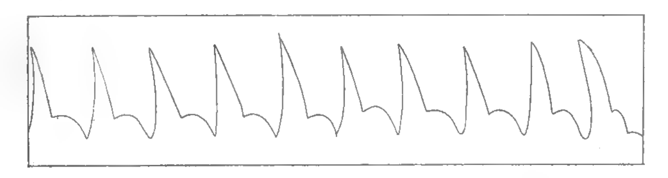
A 6 heures, nouvelle injection de 200 grammes de sérum artificiel. Pouls bon à 110 ; R. 48 ; Temp. 37°8.

9 *août.* — Matin, P. 120 ; R. 50 ; Temp. 37°8 ;
Soir, P. 120 ; R. 60 ; Temp. 38°7.

Un peu d'agitation.

Bromure de potassium 2 grammes. Urines normales et suffisantes.

Le tracé sphygmographique indique un pouls rapide, bondissant, très dépressible, et tout à fait régulier. Le sommet est en crochet très prononcé, comme dans l'insuffisance aortique.



10 *août.* — Matin, P. 120 ; R. 64 ; Temp. 37°7 ;
Soir, P. 120 ; R. 68 ; Temp. 38°7.

Le pansement est enlevé. Aucun suintement. Les battements du cœur sont très nets ; mais il y a de l'anxiété respiratoire. La moitié du thorax et du ventre est immobilisée par le pneumothorax.

11 *août.* — Matin, P. 120 ; R. 40 ; Temp. 37°5.
Soir, P. 120 ; R. 40 ; Temp. 38°2.

Le malade se trouve mieux que les jours précédents.

12 *août.* — Matin, P. 116 ; R. 38 ; Temp. 37°3 ;
Soir, P. 120 ; R. 40 ; Temp. 37°9.

13 *août.* — Même état avec battements du cœur plus faibles ; on supprime le bromure, dont le blessé avait pris 2 grammes par jour.

14 *août.* — Le malade a été pris cette nuit d'un malaise subit très inquiétant : défaillance, angoisse cardiaque et respiratoire extrême, sensation de froid. Le médecin de garde a cru à une syncope mortelle. injection de caféine, d'éther...

Le matin on trouve le visage défait, la respiration anxieuse, le pouls petit et arythmique. Le malade se plaint d'un point de côté à droite, en dehors du mamelon. A l'auscultation on trouve un foyer de matité

et d'obscurité à ce niveau ; et, en tenant compte des incidents qui se sont déroulés, on diagnostique un infarctus peu étendu, dû sans doute à une embolie d'une artère bronchique. Respiration d'oxygène ; 30 gouttes de teinture de digitale dans une potion de Tood. Vésicatoire au foyer douloureux.

Les jours suivants il se développe une pneumonie modérée, limitée à la base du poumon droit.

22 *août*. — On note que le foyer pneumonique a disparu à droite, mais qu'il existe un certain degré d'épanchement pleural à gauche, avec un reliquat de pneumothorax.

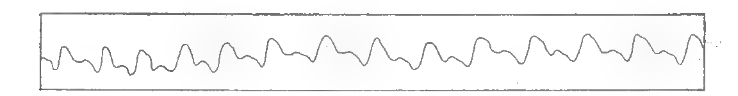
Le cœur est faible, mais régulier, et la digitale, administrée à deux reprises pendant trois jours, a fait le plus grand bien. Le thermomètre monte tous les soirs à 38°5.

23 *août*. — Une ponction faite dans le neuvième espace intercostal gauche, sur la ligne axillaire, donne 600 grammes d'un liquide louche.

30 *août*. — La fièvre persistant, je pratique une thoracotomie au bistouri dans le neuvième espace gauche. Introduction d'un drain ; écoulement de 600 grammes de pus ; lavage de la plèvre.

Les suites de cette complication furent longues. Durant tout le mois de septembre le malade, tantôt levé, tantôt obligé de garder le lit, avait de fréquents retours de fièvre ; la thoracotomie donnait toujours un pus abondant, et une petite fistule s'était produite au bord du sternum. J'ai souvent redouté une péricardite suppurée, mais jamais je n'en ai relevé les signes positifs. Le cœur, toujours faible et rapide, n'a pas cessé de battre au contact de la paroi.

Au mois d'octobre il s'est produit une phlébite de la cuisse droite, qui a fort aggravé la situation. Enfin, en novembre, toutes ces complications infectieuses ont disparu ; les fistules pleurales se sont taries ; le poumon a repris ses fonctions ; l'œdème de la cuisse est dissipé. Le malade se lève, marche sans fatigue, mange de grand appétit ; il est très content, et va bientôt rejoindre ses foyers.



Quant à l'état fonctionnel du cœur, il n'est pas encore parfait. Il y a encore de la tachycardie, et le pouls a une tension un peu faible ; cela n'est sans doute que de l'anémie. On peut s'assurer par le tracé ci-dessus que le rythme est régulier ; dicrotisme peu accentué.

Les battements sont clairs et un peu brefs ; à l'auscultation il n'y a aucun bruit anormal. En résumé, absolument rien ne peut faire supposer une lésion persistante ni du péricarde, ni du myocarde, ni de l'endocarde.

Telle est l'observation un peu longue et pourtant résumée de cette blessure importante et de cette intervention enfin couronnée de succès.

Quelques points méritent des réflexions particulières, et je m'arrêterai principalement à trois d'entre eux : les indications, les difficultés opératoires, les complications.

a) *Indications.* — L'indication opératoire n'était pas tirée ici d'un diagnostic absolument précis, et c'est là une difficulté commune à un grand nombre de blessures qui exigent une intervention d'urgence, dont le premier temps est forcément explorateur. Les blessures du ventre, de la poitrine, seront encore assez longtemps dans ce cas, et même les méthodes de précision contemporaines ne permettent pas de fixer toujours tous les détails d'une lésion multiple et profonde.

Dans le cas présent, la situation et la direction de la blessure fournissaient quelques présomptions en faveur d'une plaie du cœur. Les signes d'hémorragie étaient modérés, car il semblait qu'il n'y eût pas d'écoulement externe, et dans la plèvre il n'y avait que peu de matité à la base ; le pneumothorax était au contraire très étendu. Cependant l'état général était fort grave, la connaissance parfaite, sans syncope, mais la faiblesse et le malaise extrêmes. Le cœur surtout fonctionnait mal ; il était le siège d'une douleur fixe. Les battements en étaient rapides, mais très faibles et lointains ; et le pouls artériel, à peine perceptible, s'éteignait à l'iliaque externe. Tous ces signes indiquaient une lésion probable du cœur, sans hémorragie énorme cependant.

Peut-être un épanchement sanguin serré dans le péricarde (bruits lointains, douleur...) était-il cause du danger ? C'est en effet ce que l'examen du péricarde a démontré ensuite.

Il y avait donc dans cette situation une indication bien nette d'intervention, plutôt pour dégager le cœur que pour éteindre une hémorragie qui ne paraissait pas vraiment considérable.

Ainsi j'y insiste en passant, on peut être amené à agir dans les blessures du cœur pour deux motifs et il faut apprendre à en discerner les symptômes : l'hémorragie progressive comme dans mon premier cas, et l'hémorragie limitée avec compression du cœur comme dans le cas présent.

b) *Difficultés opératoires.* — Les difficultés n'ont pas été grandes dans le cas présent. La technique a été à peu de chose près la même que lors de ma première opération, et c'est à la même méthode que j'aurais encore recours si je me trouvais en pareille occurrence (1).

Le volet à base externe est certainement le meilleur, le plus large, le plus physiologique aussi, et le plus facile à remettre en

(1) Voyez, pour l'anatomie topographique et la technique, la thèse de J. Manine.

place. Si on le constitue comme je l'ai fait des 4e, 5e et 6e côtes, il découvre amplement l'angle inféro-interne du poumon, une bonne part du diaphragme, le péricarde et la moitié inférieure du cœur. S'il fallait atteindre les oreillettes, on devrait comprendre la 3e côte dans le lambeau et il serait inutile d'y entraîner la 6e. Pour les blessures des oreillettes, il serait aussi assez utile d'étendre le lambeau d'un travers de doigt en dedans et presque d'entamer le sternum. On devrait alors lier immédiatement la mammaire interne.

Mais il faut remarquer que le cœur est mobile, facile à entraîner en dehors et en bas, en le saisissant à pleine main gauche, dès que le péricarde est fendu, et que l'on peut par cette manœuvre en présenter à l'œil toutes les parties. La main peut même, en soulevant la pointe du cœur et en la renversant en avant et en haut, donner suffisamment accès à la vue et à l'aiguille sur la face postérieure de l'organe. Il n'est donc pas besoin de faire des volets gigantesques.

Une des difficultés de la suture vient, a-t-on dit, des mouvements du cœur ; et dans ma première observation je signalais en effet que l'organe, outre ses mouvements propres, était entraîné par les secousses du diaphragme, et celles du thorax agité par une grande perturbation respiratoire. Ici j'ai remarqué qu'après quelques secousses costales et diaphragmatiques, que ne peut manquer de produire l'ouverture brusque d'une grande fenêtre dans le thorax, le calme s'était vite produit. La fuite du poumon rend d'ailleurs la saisie du cœur plus facile.

Quant à la question de savoir s'il faut coudre en systole ou en diastole, j'avoue que cette discussion me paraît oiseuse. On saisira le cœur, on le fixera soit avec la pince de Kocher, soit avec le premier point de catgut, et l'on conduira la suture comme on pourra, mais toujours rapidement, sans se guider sur les battements, qu'il faut négliger plutôt qu'en être impressionné.

La suture elle-même doit être au catgut, en surjet, afin de ne faire qu'un trait continu, sans perdre contact ; enfin et surtout elle doit être intra-pariétale et jamais pénétrante. Les ennuis que j'ai éprouvés en traversant toute la paroi sont bien significatifs. Peut-être même pourrait-on attribuer à cette fausse manœuvre la thrombose qui a été la cause, le sixième jour, d'une petite embolie pulmonaire.

c) *Complications.* — Il n'est pas inutile de redire que toutes les manœuvres, et particulièrement la toilette de la plèvre et du péricarde, exigent une asepsie absolue, et que dans ces séreuses profondes la moindre négligence entraîne de graves infections.

Telles *sont les complications* que j'ai observées ; l'une fort inté-

ressante, thrombose, embolie, pneumonie liée à la suture ou au moins à la blessure cardiaque; l'autre, l'infection pleurale, accident redoutable mais banal, qui appartient à toutes les plaies de la poitrine.

En vous apportant, Messieurs, cette deuxième observation de suture du cœur suivie de guérison, je n'ai pas voulu étaler devant vous des succès dans lesquels la chance favorable entre pour une très grande part; j'ai voulu attirer l'attention des chirurgiens sur la possibilité d'affirmer par un diagnostic rapide les indications opératoires dans les plaies de la région précordiale, et contribuer par deux faits comparables à fixer la technique encore flottante de ces interventions.

M. Delorme. — L'intervention de M. Fontan lui fait le plus grand honneur; me permettrait-il de lui demander de vouloir bien joindre à l'énumération des noms des chirurgiens qu'il a cités, comme ayant suturé des plaies du cœur, ceux de nos collègues, MM. Mignon et Sieur, qui récemment ont publié ici une observation très intéressante?

Présentations de malades.

Épilepsie traumatique consécutive à un coup de feu tangentiel de la voûte du crâne. Trépanation seize ans après le début des accidents. Guérison constatée depuis plus de six mois.

M. Loison. — La discussion soulevée par le rapport que vous a fait M. Rochard dans une précédente séance m'engage à vous communiquer l'observation suivante :

Le nommé P..., âgé de quarante et un ans, gardien de bureau au ministère de la Guerre, entre au Val-de-Grâce le 26 mai 1901, dans la soirée; il est en état de mal épileptique depuis quelques jours. Il est placé à la première division de blessés, dans le service de M. le médecin principal Nimier, que je supplée à ce moment.

Cet homme, vigoureusement constitué, sans hérédité nerveuse, indemne de toute tare syphilitique ou alcoolique, ne présente comme antécédent pathologique qu'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, en 1878.

Le 2 mars 1885, il reçut au Tonkin, au siège de Tuyen-Quan, un coup de feu à environ 200 mètres. La balle frappa tangentiellement le côté gauche du crâne, et resta logée. Il tomba immédiatement, et eut une perte de connaissance qui dura jusqu'au lendemain. Relevé presque aussitôt et transporté à l'ambulance, on constata au réveil de l'hémiplégie droite totale et de l'aphasie.

Evacué sur l'hôpital d'Hanoï, le foyer traumatique fut débridé, et on enleva une balle ronde en plomb et quelques esquilles libres.

La paralysie diminua progressivement, l'aphasie régressa plus lentement. Dix mois après l'accident, au moment où il fut réformé, il existait encore de l'hémiparésie droite et une certaine gêne dans la parole.

Première crise d'épilepsie trois semaines après la blessure, et trois autres crises jusqu'en 1888. A partir de cette époque, elles augmentèrent de fréquence, et ont été soigneusement notées par le malade :

1888	3 crises.	1895	7 crises.
1889	7 —	1896	5 —
1890	5 —	1897	10 —
1891	2 —	1898	12 —
1892	7 —	1899	11 —
1893	2 —	1900	7 —
1894	12 —	1901 (4 mois)	3 —

Il y eut quelquefois deux crises dans la même journée, et à deux reprises, en 1892 et en 1899, leur nombre fut de trois dans les vingt-quatre heures.

Elles survenaient généralement vers 4 heures de l'après-midi.

Dans les commencements, le sujet cherchait à éviter la crise en faisant des efforts, mais sans succès.

Les premières attaques présentaient les caractères suivants : l'aura précédant de quelques secondes était constituée par une sensation cérébrale que le malade compare à un éblouissement ou vertige; s'il se trouvait dans la rue, il avait le temps de se garer sur le trottoir, se laissait tomber sur le côté droit pour ne pas contusionner sa cicatrice, et plaçait son mouchoir entre ses dents. La perte de connaissance était complète; il se produisait des convulsions toniques et de l'écume venait à la bouche. Au début, quand il n'employait pas l'artifice du mouchoir, il se mordait la langue, qui présente sur les côtés des cicatrices anciennes. Les mictions involontaires faisaient défaut, mais les urines restaient troubles pendant un ou deux jours après la crise. Le réveil était suivi d'une céphalée très intense, et d'une perte de la mémoire des événements qui suivaient immédiatement l'attaque.

En dehors des accès, il n'y avait ni tics ni mouvements convulsifs de la face ou des membres; mais, pendant les quatre ou cinq jours suivants, il ressentait une douleur à la face interne du bras droit, et cette région restait constamment sensible à une pression superficielle, ainsi que toute la convexité du moignon de l'épaule du même côté.

Il avait également remarqué, depuis 1885, une gêne dans le fonctionnement des muscles extenseurs du poignet et de l'avant-bras droits, qu'il constatait quand il voulait exécuter certains mouvements; les fléchisseurs, au contraire, avaient conservé leur force normale.

En 1896, le malade fait un premier séjour au Val-de-Grâce, dans le service de M. Delorme. Aucune intervention opératoire ne semblant indiquée, il quitte l'hôpital muni d'une plaque de gutta-percha destinée

à protéger la cicatrice. Mais bientôt il trouve cet opercule plus gênant qu'utile, et le laisse de côté.

Une deuxième entrée au Val-de-Grâce a lieu, le 20 avril 1900, dans le service de M. Nimier. Il n'existe pas de paralysies, pas de troubles trophiques, ni sensoriels; la sensibilité et les réflexes sont normaux.

La cicatrice, que nous décrirons plus tard, est déprimée et adhérente, mais non douloureuse. On prescrit des séances de massage répétées pour essayer de mobiliser les attaches qu'elle présente avec le pourtour de la perte de substance osseuse.

Le malade prend, depuis 1888, 4 grammes de bromure par jour, sans résultat appréciable.

La radiographie montre sur le côté gauche de la voûte du crâne, en un point que nous préciserons davantage ultérieurement, l'existence d'une perte de substance osseuse mesurant environ 35 millimètres de long, sur 15 millimètres de large. De petits fragments de plomb provenant de la balle sont incrustés dans les bords antérieur et supérieur du trou osseux.

Le 21 mai 1900, P... quitte l'hôpital, n'ayant eu aucune attaque pendant la période d'observation d'un mois qu'il vient de subir.

La question de l'intervention opératoire avait été agitée, et résolue par la négative.

26 *mai* 1901. — Nouvelle entrée au Val-de-Grâce dans la soirée. Sa femme nous raconte que depuis le 19 mai ses crises sont quotidiennes et fréquentes, revenant tous les quarts d'heure. Elles commencent par un tremblement généralisé à tout le corps, puis le bras droit entre en contracture et se soulève. Le malade perd connaissance pendant la crise, dont la durée est à peine d'une minute; au réveil, on constate qu'il a les pupilles dilatées, puis il ferme les yeux et bredouille des mots incompréhensibles.

Pas de fièvre; pouls régulier et fort à 88; pas de vomissements. Douleurs et sensation de battements dans la moitié gauche de la tête, particulièrement sous la cicatrice.

Je prescris une potion de bromure à 4 grammes pour la nuit.

27 *mai*. — Les crises restent subintrantes. Dans les périodes de calme, le malade comprend bien tout ce qu'on lui dit, il cherche à raconter ses impressions, mais ne peut s'exprimer, par suite d'une certaine difficulté dans l'articulation des mots et de l'oubli de certains d'entre eux. On ne constate aucun trouble du côté de la vue ou de l'ouïe. Il n'existe ni paralysie ni contracture des muscles des membres ou de la face; aucune zone d'anesthésie.

La cicatrice adhérente au squelette sous-jacent est douloureuse à la pression, particulièrement à sa partie postérieure; elle présente des battements nettement visibles à sa partie antérieure. Située au niveau de la région fronto-pariétale gauche, elle est un peu oblique de dedans en dehors, de haut en bas et d'avant en arrière; son axe prolongé en avant aboutit au milieu du bord supérieur de l'orbite du côté opposé. Son extrémité antérieure, distante de 55 millimètres de la ligne sagittale, répond à un point situé à 8 centimètres en arrière et au-dessus de

l'apophyse orbitaire externe du frontal. Son milieu se trouve à 65 millimètres au-dessus d'une ligne horizontale passant par cette même apophyse orbitaire. Son extrémité postérieure est tangente à un point de la ligne rolandique placé à 3 centimètres au-dessus de son origine inférieure.

La cicatrice, qui mesure 5 centimètres de long, répond par conséquent approximativement au milieu de la circonvolution frontale ascendante et au pied de la deuxième frontale.

Opération le 28 *mai* 1901. — Sous le chloroforme, je circonscris la cicatrice cutanée, par une incision passant à quelques millimètres de ses bords, puis je l'enlève par dissection. Sa face profonde au niveau de la perte de substance osseuse est intimement fusionnée avec un tissu fibreux dur, creusé de vacuoles kystiques remplies de liquide séreux; certaines sont ouvertes pendant la dissection, et la paroi d'autres mises à nu fait croire que l'on se trouve en présence du feuillet pariétal de l'arachnoïde. Une incision par dédollement, faite verticalement suivant l'axe antéro-postérieur de cette gangue fibro-kystique, permet de sectionner des couches successives de tissu fibreux parsemées de cavités kystiques, et, à un demi-centimètre de profondeur, on trouve quelques petits vaisseaux et des parties grisâtres incluses dans la masse, qui paraissent être des fragments de substance cérébrale corticale.

Je détache alors à la rugine la partie herniée du pourtour du trou osseux auquel elle adhère, puis à la pince-gouge j'agrandis la perte de substance osseuse, en enlevant une bordure de un demi-centimètre environ en haut, en bas et en arrière, tandis qu'en avant il faut réséquer au moins un centimètre et même plus, pour supprimer une exostose mamelonnée, dure, présentant, inclus dans son intérieur ou enchâtonnés du côté de sa surface cérébrale, des fragments de plomb.

La paroi cranienne, mesurée au moment où l'exostose était à moitié enlevée, avait 15 millimètres d'épaisseur. L'exostose franchie, le crâne reprend la même épaisseur de 8 millimètres environ que sur le reste du pourtour du trou osseux où l'os est dur, éburné, dépourvu de diploé.

On retrouve la dure-mère aux limites des portions gougées; elle présente une perte de substance qui a permis au tissu de parencéphalie de venir adhérer à la face profonde de la peau.

Après avoir pédiculisé la hernie, je l'incise verticalement et arrive profondément dans une cavité du volume d'une petite noix, à paroi lisse, couverte de caillots fibrineux brunâtres par places, et contenant du liquide séreux et quelques petits fragments de plomb et d'os. Je résèque tout le tissu de néoformation, et la substance blanche du cerveau apparaît alors très nettement au fond de la plaie.

Pour permettre le rapprochement des deux lèvres de la plaie cutanée et tenter de reporter la cicatrice au-dessus ou au-dessous de la perte de substance osseuse, je pratique deux incisions verticales, l'une en avant, l'autre en arrière de la brèche faite aux parties molles. J'obtiens ainsi deux lambeaux verticaux à pédicules, l'un supérieur, l'autre inférieur; en mobilisant leur face profonde, je parviens à mettre facilement

leurs bords horizontaux en contact, mais je n'arrive pas à reporter leur ligne de réunion en dehors du trou osseux.

Je suture les téguments après avoir placé dans la cavité résultant de la perte de substance cérébrale une mèche de gaze ressortant par la partie antérieure de l'incision horizontale; une seconde mèche, placée entre le cuir chevelu et le crâne, fait issue par la partie inférieure de l'incision verticale postérieure. La ligne de réunion représente un H disposé verticalement.

Le malade se réveille avant la fin des sutures et ne présente rien de particulier. Pansement ouaté compressif.

Une heure plus tard, le pouls est à 104. Revu dans la soirée, le blessé est calme, a un peu dormi, ne souffre pas et n'a pas vomi. On ne constate ni paralysie, ni contracture des muscles de la face ou des membres. Il a une transpiration abondante qui oblige à le changer de linge. Température normale; pouls 120. Il n'a pas eu de crise, comprend les questions et y répond, mais le trouble de la parole et l'oubli de certains mots persistent.

29 *mai*. — Rien de particulier, sauf une légère élévation de la température qui se maintient à 38 degrés matin et soir.

30 *mai*. — La parole est un peu plus facile; la fièvre a disparu et le blessé se trouve bien. Je défais le pansement et enlève les mèches de drainage. Immédiatement après l'extraction de la gaze plongeant dans la perte de substance cérébrale, il se produisit une crise franche qui dura environ une minute. La face fut tirée à droite, par convulsions spasmodiques des muscles de ce côté; le maxillaire inférieur était animé de mouvements d'abaissement et de relèvement saccadés. Rien de net ne fut observé dans le territoire du facial supérieur.

Le malade était assis au moment où la crise commença; la face pâlit; je le recouchai et achevai ultérieurement le pansement.

Pendant et après la crise surtout, il s'écoula beaucoup de salive de la bouche.

Revu deux heures plus tard, il est en train de manger et ne présente plus rien.

3 *juin*. — Le malade se trouve bien. La parole est revenue progressivement et il ne cherche presque plus les mots. La plaie est réunie; on enlève les fils de suture.

8 *juin*. — Il se lève et va tout à fait bien. Il parle librement et nous dit qu'il ne souffre plus à la pression de la région interne du bras droit, comme cela existait depuis quinze ans. La parésie des muscles extenseurs de l'avant-bras et de la main, datant de la même époque, aurait également disparu.

Dans la suite, il n'y a rien de particulier à noter. La cicatrice se déprime progressivement au niveau de la perte de substance osseuse et laisse voir et sentir les battements du cerveau dans sa partie antérieure.

22 *juillet*. — Le malade quitte l'hôpital pour aller en convalescence.

A la fin d'août, il reprend son service de garçon de bureau au ministère de la Guerre.

Revu ces jours derniers, il continue à aller bien, n'éprouve plus aucun malaise, parle facilement et n'a pas eu de nouvelle crise depuis celle qui a suivi l'extraction de la mèche de gaze.

Je ne ferai suivre cette observation d'aucun commentaire, pour ne pas abuser de votre bienveillante attention.

Je me bornerai à vous faire remarquer que la guérison date de plus de six mois, et, sans vouloir préjuger de l'avenir, je crois pouvoir dire que l'opération pratiquée a eu en tout cas le bénéfice d'améliorer notablement la situation de ce malade, qui avait été apporté à l'hôpital, en proie à des crises subintrantes, depuis dix jours.

Je me propose de vous le représenter plus tard, si les circonstances me le permettent

---

Epilepsie jacksonienne. Trépanation pour une exostose traumatique. Insuccès relatif. Large trépanation avec incision de la dure-mère et suture des quatre lambeaux au péricrâne. Guérison.

M. Schwartz. — Je vous présente un jeune homme de vingt ans, J. C..., garçon épicier, que je vous ai déjà montré quelques mois après les interventions que j'ai dû lui pratiquer. A ce moment, il n'était qu'amélioré ; actuellement il est guéri, et ne présente plus le moindre trouble depuis plus de deux mois.

Voici son observation :

J. C... est admis dans mon service à l'hôpital Cochin, le 3 décembre 1898. Il m'est adressé pour des attaques de convulsions, d'épilepsie.

Antécédents héréditaires. — Père encore vivant, bien portant, mais alcoolique. Mère morte à trente-cinq ans, tuberculeuse ; trois frères et une sœur bien portants, mais qui, jusque vers onze ans, ont eu de l'incontinence nocturne d'urine ; pas d'épilepsie.

Antécédents acquis. — Lui-même a eu de l'incontinence nocturne jusqu'à l'âge de douze ans ; jamais aucun trouble depuis ; à l'âge de treize ans, il a eu une fièvre typhoïde grave.

Il y a quatre ans, en 1894, il est lancé dans un escalier, et tombe la tête la première contre l'angle d'une malle ; le côté gauche porte sur cet angle. Cicatrices nombreuses sur la tête, résultat de coups donnés par le père ; cicatrice au niveau de la chute.

Peu après cette chute, il éprouve dans le bras droit, au niveau du coude, une sensation de constriction ; puis se joignent à cette sensation des convulsions localisées au bras droit, qui se répètent de temps à autre. Parfois, la pression au niveau du coude les fait avorter. Elles se répètent plus ou moins souvent, suivant les jours ; mais leur gravité augmente en ce sens qu'elles gagnent la moitié droite du cou et

de la face et le flanc droit, jamais le membre inférieur droit. La durée des crises est généralement d'un quart d'heure.

Elles se terminent en laissant après elles une sensation d'endolorissement dans les territoires musculaires atteints.

Depuis deux ans, les crises se sont parfois généralisées ; de temps à autre il a une attaque généralisée avec perte de connaissance, mais sans cri initial, sans morsure de la langue ; il sent venir la crise, et peut se garer d'une chute dangereuse.

L'examen nous montre un jeune homme très nerveux, violent de caractère, mais bien robuste et musclé. Il a une asymétrie faciale avec un peu de déviation de la bouche et des plis plus marqués à droite qu'à gauche. Intelligence moyenne.

Réflexes normaux ; force des deux membres supérieurs égale. Aucune paralysie ou parésie.

L'examen du crâne révèle à gauche, près de la suture sagittale, au niveau d'un point cicatriciel correspondant à la partie moyenne du sillon de Rolando, un point douloureux à la pression profonde. Rapprochant ce fait de sa chute et de son épilepsie, nous pensons à la formation possible d'une hyperostose, à une compression, ou plutôt irritation localisée avec prédominence au niveau du centre moteur du membre supérieur droit.

Notre ami Déjerine veut bien l'examiner, et confirme le diagnostic d'épilepsie jacksonienne par compression irritative probable du centre moteur à gauche.

Cela étant, l'opération est proposée et acceptée. Le 31 janvier 1899, première intervention. Chloroforme et morphine (1 centigramme en injection sous-cutanée).

Trépanation au niveau du point douloureux. Ablation d'un fragment du crâne de 3 centimètres de côté, répondant au pied de la deuxième circonvolution frontale et à la frontale ascendante. Rien à la dure-mère ; mais il existe manifestement un épaississement notable au niveau de la table interne qui fait saillie et déprime certainement la dure-mère. Notre opération se borne là.

L'opéré guérit ; pendant huit jours aucune crise, mais au bout de ce temps elles recommencent, moins fortes toutefois ; elles se généralisent très rarement. Toutefois, elles sont suffisamment fréquentes pour empêcher encore tout travail.

Pour arriver à un résultat complet, nous sommes obligé d'intervenir plus largement, de refaire une trépanation le 28 mars 1899, en enlevant un fragment de 5 centimètres de côté ; d'inciser la dure-mère, de rabattre les quatre lambeaux, que nous suturons à l'épicrâne, de façon à empêcher toute soudure des bords, et à ce que la décompression centrale soit complète. Cette dernière intervention a eu lieu le 30 mai 1899.

Ne voyant aucune modification des crises actuelles, même avec la trépanation plus large faite le 28 mars, trépanation pendant laquelle je n'avais pas cru devoir toucher aux méninges, qui me paraissaient absolument intactes, je me suis décidé à rouvrir la peau, et à sectionner la dure-mère pour la suturer à l'épicrâne ainsi qu'il a été dit.

La dure-mère était manifestement épaissie, si bien que le retournement ne s'est pas fait sans certaines difficultés. Je me demande si cet épaississement n'existait pas déjà lors de la première opération, et si je n'aurais pas dû faire, dès ce moment, l'incision et le retournement avec suture. Rien ne trahissant l'altération extérieurement, je n'ai pas pensé devoir aller plus loin. Il n'en est pas moins vrai que, devant un cas semblable, je n'hésiterai plus à faire une incision exploratrice, et à me conduire ensuite suivant les circonstances.

Depuis la dernière opération, les crises généralisées, et même convulsives partielles, ont disparu, non pas aussitôt, mais graduellement. Pendant l'année 1900, il ne se plaint plus que d'une sensation d'endolorissement du bras, survenant de temps à autre.

Depuis quelques mois, il ne sent plus rien du tout, et il a pu reprendre son travail. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en même temps que les crises ont disparu, son état de nervosisme s'est beaucoup amélioré, son caractère est devenu beaucoup plus doux.

En somme, il m'a paru intéressant de vous montrer ce malade deux ans et demi exactement après la dernière intervention qu'il a subie et de vous le faire voir dans d'excellentes conditions. L'observation nous montre qu'il y a tout avantage à faire d'emblée largement la brèche cranienne, même quand il semble qu'on ait une lésion bien limitée, et qu'il est bon d'ouvrir la dure-mère et même d'en faire la suture à l'épicrâne pour empêcher toute tentative de réunion secondaire. Il n'y a jamais eu à aucun moment de tendance à la hernie du cerveau.

Kystes hydatiques multiples du foie. Résection du rebord thoracique. Ablation de tous les kystes en une séance par le procédé de M. Delbet. Guérison.

M. Monod présente une malade âgée de vingt-sept ans opérée par lui, le 4 juillet 1901, de kystes multiples de la face convexe du foie. Pour atteindre la tumeur la plus élevée, il fallut faire une résection du rebord thoracique, grâce à laquelle elle put être abordée et opérée comme les précédentes, par incision, ablation de la membrane germinative et réunion sans capitonnage (procédé de Delbet).

Abcès parotidien.

M. MORESTIN présente une malade qui était atteinte d'un abcès parotidien, qu'il a incisé et drainé au-dessus du conduit auditif externe après décollement du pavillon de l'oreille. — M. LEGUEU, rapporteur.

Présentation de pièces.

Tumeur volumineuse du rein gauche. Ablation par voie transpéritonéale. Marsupialisation de la poche d'énucléation.

M. MONOD présente une tumeur volumineuse du rein gauche, poids 1 kil. 800; dimensions : diamètre vertical, 23 cent. 1/2; diamètre transversal, 14 centimètres; diamètre antéro-postérieur, 9 cent. 1/2, enlevée par voie transpéritonéale, suivant le procédé recommandé par M. Terrier (1).

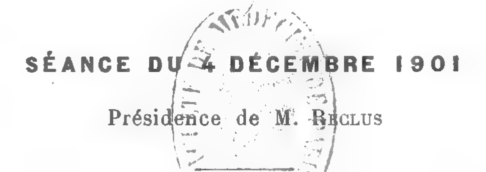
Le malade, opéré il y a deux jours, va actuellement bien. Quelles que soient au reste les suites ultérieures de cette intervention, il est intéressant de noter la facilité relative ainsi que la sûreté, au point de vue du résultat immédiat, que donne le procédé suivi pour l'ablation des volumineuses tumeurs du rein.

1. *Revue de Chirurgie*, 1897, t. VII. p. 342.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette



SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Potherat qui, retenu par la maladie de l'un des siens, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Un volume intitulé : *Études sur la tuberculose et son traitement*, que l'auteur, le Dr G. P. Coromilas, d'Athènes, offre à la Société de chirurgie. — Des remerciements sont adressés à l'auteur.

4°. — Un volume intitulé : *Etudes de clinique chirurgicale*, que l'auteur, M. le Dr Ch. Pacheco Mendy (de Bahia), offre à la Société de chirurgie. — Des remerciements sont adressés à l'auteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Section de la moelle par coup de feu.

M. Tuffier. — L'observation que M. Walther nous a communiquée dans la dernière séance m'offre l'occasion de vous rappeler un fait absolument semblable observé il y a quelque dix ans, alors que je n'avais pas encore l'honneur de compter parmi ses membres. Cette observation ayant été publiée *in extenso* par M. Chipault, dans un travail paru en 1893 (*Etude de chirurgie*

médullaire, p. 173) nos règlements n'en autorisent pas la reproduction dans nos bulletins.

Je rappellerai seulement ici qu'il s'agissait d'un jeune homme de vingt-neuf ans, entré fin septembre 1891 à Beaujon, dans le service de M. Théophile Anger, que je suppléais alors, pour une plaie par arme à feu de la région dorsale. Le sujet, immédiatement après le traumatisme, avait présenté une paraplégie complète des membres inférieurs; la plaie siégeait au niveau de la dixième vertèbre dorsale; le projectile — une balle de revolver — était introuvable. Je me contentai donc de mettre le blessé au repos complet avec un simple pansement aseptique. Au bout de quatre jours, un nouveau symptôme fit son apparition : la paraplégie des membres inférieurs était toujours absolue, mais le malade accusait en outre à leur niveau des contractures douloureuses et incessantes. L'anesthésie était complète en avant jusqu'à la hauteur des crêtes iliaques; au contraire, en arrière et à gauche, dans tout l'espace compris entre la dixième vertèbre dorsale et la crête iliaque, il existait une zone d'hyperesthésie très marquée ; la paralysie de la vessie et du rectum était absolue.

Je fis voir le blessé à plusieurs médecins et neuropathologistes, qui furent unanimes à diagnostiquer une section complète de la moelle, les contractures, symptômes d'irritation, étant occasionnées par la présence du projectile au contact des cordons médullaires. Dans ces conditions, une trépanation s'imposait : je la fis quelques jours plus tard. Je trouvai, en effet, la moelle complètement sectionnée, avec un écartement notable des deux bouts et une section incomplète des racines postérieures gauches. La balle se trouvait située en avant et au contact immédiat de la moelle. Me trouvant désarmé en face de pareilles lésions, je me contentai d'enlever le projectile, de suturer au catgut fin la moelle et les racines sectionnées et de refermer la plaie dorso-lombaire. Les suites opératoires furent bonnes : les contractures et les douleurs disparurent immédiatement et la plaie se cicatrisa rapidement. Il n'en fut pas de même de la paralysie des membres inférieurs et des réservoirs, qui persista, absolue.

Le malade ne mourut que six mois plus tard. Cette mort survint subitement, par péritonite suraiguë consécutive à une perforation intra-péritonéale de la vessie. En raison de la paralysie complète de cet organe on avait été obligé d'y laisser une sonde à demeure. Bien qu'étant en caoutchouc souple, le bout de cette sonde avait fini, par son contact avec la paroi vésicale, par amener une ulcération trophique et une perforation de cette paroi. La pièce a été présentée à la Société anatomique.

Rapports.

Thrombose septique du sinus latéral,
par M. le Dr PIERRE SEBILEAU, chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Rapport par M. A. BROCA.

M. Sebileau nous a communiqué un fait intéressant de thrombose veineuse par suppuration chronique de l'oreille. Ce fait, où une broncho-pneumonie grangreneuse avec pleurésie putride est venue frapper de stérilité une opération dont le résultat avait jusque-là dépassé les espérances, me paraît assez intéressant pour que je vous en communique le résumé que m'a remis M. Sebileau :

Le 17 septembre 1901 entre, à l'hôpital Lariboisière, une jeune fille de quatorze ans, dont l'oreille gauche suppure depuis longtemps; elle a été prise le 26 août d'une céphalalgie violente, de fièvre et de vomissements. Un médecin fit le diagnostic de « congestion cérébrale ». L'écoulement augmenta, et une tuméfaction phlegmoneuse apparut dans la région mastoïdienne. Le médecin ordonna des irrigations dans le conduit auditif, et fit appel à un spécialiste qui se borna à appliquer des pansements.

La situation ne fit que s'aggraver pendant les huit jours suivants. Une hémorragie importante se produisit par le conduit auditif à la date du 13 septembre; un côté de la face se paralysa; de grands frissons apparurent et se renouvelèrent; une agitation subdélirante éclata, et c'est dans un état d'infection locale et générale très alarmant que la malade, dans la matinée du 17 septembre, nous fut présentée à l'hôpital, où nous l'opérions quelques instants après son arrivée, mon ami le Dr Lombard et moi.

Le visage est pâle, amaigri, hémiplégique; le regard est hébété; la langue, sèche et brûlée, tremble, ainsi que les lèvres; la petite malade, dans un état de conscience très atténué, s'agite, se plaint du froid, ramène ses couvertures à elle et, tandis que nous l'examinons, est subitement prise d'un frisson des plus violents. La température est de 40°,5 le pouls est rapide, la tension artérielle satisfaisante. Ni sucre, ni albumine; grande quantité de cristaux d'acide urique.

La région mastoïdienne est rouge, gonflée, douloureuse. Du conduit auditif s'écoule, pendant l'examen, une abondante quantité de sang noir, mélangé de pus, extrêmement fétide. L'examen du tympan est impossible.

Il existe une paralysie faciale gauche complète. L'œil du côté correspondant paraît en protrusion légère, mais il n'y a pas d'amblyopie; l'examen du fond de l'œil ne donne aucun résultat et la tension du globe oculaire ne semble en rien modifiée.

Toute la région carotidienne est gonflée, une vaste tuméfaction fluctuante, bridée par le sterno-mastoïdien, s'y allonge, depuis la pointe mastoïdienne jusqu'à la clavicule.

Nous portons le diagnostic de « suppuration mastoïdienne ayant, après perforation de la corticale, fusé dans le cou; suppuration accompagnée de phlébite du sinus latéral et, peut-être, déjà, d'infection du sinus caverneux ». Nous décidons l'opération d'urgence.

Tandis qu'on prépare la région à opérer, un nouvel écoulement de liquide noir, très fétide, se produit en abondance par le conduit, souillant la face de la patiente.

Anesthésie par le chloroforme.

J'ouvre d'abord l'antre. Aussitôt, jaillit de sa cavité un véritable flot de sang noir grisâtre où se dessinent de minces traînées purulentes; l'odeur en est repoussante.

Le sinus est tout près de l'antre et, de plus, très superficiel. Décapant la corticale, je le découvre avec la pince-gouge dans toute l'étendue de la région mastoïdienne, d'abord près de la pointe, puis, remontant progressivement le cours du sang, jusqu'à la base de l'apophyse. Il est brun noirâtre, et ne bat pas.

Au moment où je mets à nu ce segment, le sinus où se joignent la portion horizontale et la portion verticale, sort en jet continu, projeté à plusieurs centimètres, ce même liquide d'hématome infect.

Pensant, avec raison, que s'évacuait ainsi le sang contenu entre deux portions oblitérées du sinus, je laissai l'écoulement se tarir de lui-même; il fut de 20 centimètres cubes environ. Quand le champ opératoire fut étanche, je pus facilement découvrir, sur la paroi externe du sinus, la fissure circulaire par où s'était évacué son contenu hémato-purulent. J'incisai alors cette paroi dans toute l'étendue de la brèche osseuse; aucun nouvel écoulement ne se produisit; puis, ayant momentanément tamponné la région mastoïdienne, je fis, dans le cou, le long du bord antérieur du muscle cléido-sterno-mastoïdien, au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde, une longue incision verticale.

Un peu de sang noir grisâtre toujours fétide commença à couler en bavant; sous l'aponévrose j'ouvris un énorme épanchement hématique putréfié.

Ecartant en dehors le sterno-mastoïdien, je trouvai sans peine la carotide primitive et ses deux branches épaissies, grisâtres, battant à peine, ainsi que le nerf pneumogastrique; mais les parois de la veine n'étaient plus représentées que par quelques lambeaux ou filaments discontinus de tissus sphacélés. En bas, au ras de la clavicule, on retrouvait la veine sectionnée, béante, ne donnant pas une goutte de sang; à peine, au-dessus du confluent rétro-claviculaire, en restait-il 3 centimètres dont la lumière, remplie par un caillot, recevait la veine jugulaire antérieure, et dont les parois étaient grisâtres, flasques.

Je laissai béante, avec un léger tamponnement, cette vaste plaie du cou, et terminai l'opération mastoïdienne. J'estimai, devant l'état particulièrement grave de la malade, et en présence du mauvais état où se trouvait le pouls, à ce moment d'une intervention qui avait déjà duré

longtemps, qu'il convenait de remettre à plus tard, en cas de survie, l'évidement pétro-mastoïdien que paraissaient justifier l'ancienneté de la lésion et la paralysie faciale ; puis je pratiquai le curettage du sinus au delà de la mastoïde; en bas, je pénétrai dans le cou; en haut, dirigeant l'instrument vers le pressoir d'Hérophile, je dus le faire pénétrer et effondrer les caillots dans une étendue de 5 centimètres environ pour trouver le sang. Celui-ci coula alors abondamment. L'on fit de suite un pansement compressif.

Je ne pratiquai pas le curettage du bout central de la jugulaire, et cela, je crois, fut un tort. Peut-être y avait-il à craindre l'entrée de l'air dans la veine; mais, pour ce qui concerne l'hémorragie, j'aurais pu facilement m'en rendre maître par la forcipressure de ce qui restait de la jugulaire interne. Au reste, le caillot ne devait pas s'étendre jusqu'au tronc brachiocéphalique, puisqu'il n'y avait aucun phénomène de stase sanguine dans le membre supérieur.

Je terminai l'opération à la hâte; vers la fin, la malade donna des signes alarmants de défaillance, son pouls devint très petit, la respiration se ralentit considérablement et s'affaiblit. Je la quittai sans espoir.

Je fus surpris, le lendemain, de la retrouver dans son lit; elle avait eu plusieurs syncopes; des injections de sérum et de sulfate de spartéine l'avaient ranimée. Même, la situation était relativement satisfaisante : de deux heures en deux heures, la température avait successivement subi les chutes suivantes : 40°,5 ; 39°,4 ; 38°,6 ; 37°,4 ; 37°,1. A 8 heures, le lendemain de l'opération, le thermomètre marquait 37 degrés, et le soir 38°,2. Assurément, l'état général était meilleur; il y avait eu un peu de sommeil, la mentalité était moins troublée. Mais le pouls, toujours soutenu, était agité, et battait entre 120 et 140.

Les jours suivants, la température, malgré les pansements, monte progressivement pour atteindre 40 degrés dans la soirée du 20, et le pouls subit une évolution parallèle. La mèche de gaze qui comprimait le sinus est alors enlevée; sous elle on trouve un peu de pus. La température descend à 38°,5 et s'y fixe pendant près de deux jours, tandis que, l'état général restant à peu près satisfaisant, le pouls, malgré le sérum et la spartéine, devient plus faible et augmente de fréquence.

Dans la journée du 24, la respiration se précipite (60 par minute); la dyspnée apparaît; la malade tousse; nous découvrons les signes d'un épanchement pleural. Le 25, on retire de la plèvre 375 centimètres cubes de liquide louche, purulent, dégageant une très mauvaise odeur.

Le 26, j'examine la malade avant de pratiquer l'empyème que j'avais décidé la veille, mais il n'y a presque plus signe d'épanchement; la matité ne se retrouve plus; le murmure vésiculaire s'entend dans toute la hauteur du poumon. Mais la malade tousse davantage; elle expectore des crachats purulents et fétides; l'auscultation révèle l'existence d'un vaste foyer de broncho-pneumonie (souffle, râles sous-crépitants, etc.).

Le 27, dans la matinée, ont lieu plusieurs petites vomiques fétides, et la malade meurt le 27 septembre, à 4 heures du matin, sept jours après l'opération.

Voici les constatations les plus importantes faites à la nécropsie.

Sur le sinus latéral gauche (côté malade), l'intervention a atteint les limites de la lésion, mais un caillot non suppuré en obture la cavité jusqu'à 4 centimètres du pressoir d'Hérophile. Face externe du sinus et dure-mère voisine très épaissies. Face interne irrégulière, tomenteuse, recouverte de bourgeons charnus.

Dans le cou, le caillot de la jugulaire interne descend jusqu'au tronc brachio-céphalique; il est résistant, non suppuré.

Nombreux infarctus suppurés dans les deux poumons, à droite particulièrement; à gauche, un énorme infarctus est ouvert dans une bronche remplie de pus. Sur la plèvre gauche, nombreux foyers purulents limités par des néo-membranes.

Les ensemencements des produits recueillis pendant l'opération ont démontré qu'il s'agissait de bâtonnets courts, deux fois et demie plus longs que larges environ, mobiles, non colorés par le Gram, fournissant une culture d'odeur très fétide, répondant, en résumé, au signalement du bacillus pyogenes fetidus de Passet, qui, pour beaucoup de bactériologistes, n'est qu'une variété du colibacille.

A l'examen histologique, un fragment de veine prélevé aux confins des lésions gangreneuses a montré les lésions de l'endophlébite oblitérante. Dans l'intérieur du vaisseau, au contact de l'endoveine, une collerette de sang coagulé où cultivait en abondance le microorganisme décelé par les ensemencements.

De cette observation intéressante à plusieurs égards, M. Sébileau ne veut retenir que deux faits :

1° Celui d'une perforation spontanée du sinus latéral entre deux caillots, au cours d'une phlébite otitique et de l'évacuation du contenu de ce sinus dans la caisse.

2° Celui d'une phlébite gangreneuse de la jugulaire interne déterminant le sphacèle total de la paroi veineuse depuis la base du crâne jusqu'à la clavicule.

Ce sont là deux faits exceptionnels.

Sur un cas de rupture traumatique de la rate, par M. le Dr Coville (d'Orléans).

Rapport par M. G. Richelot.

M. le Dr Coville, ancien interne de nos hôpitaux, nous envoie une intéressante observation de *rupture traumatique de la rate*, suivie d'hémorragie lente et guérie par la splénectomie. La Société de chirurgie a discuté, il y a quelques mois, les ruptures de la rate avec hémorragie abondante, suivies d'opération dès les premières heures; le fait de M. Coville introduit dans la question un

élément nouveau : l'écoulement sanguin s'est fait graduellement et a permis au chirurgien d'intervenir utilement au bout de quinze à vingt jours. Voici ce fait en résumé :

Une femme de soixante-cinq ans fit une chute sur la fesse droite, se releva avec une contusion légère, continua à vaquer à ses occupations, et le lendemain seulement sentit une douleur vive dans l'hypocondre gauche. Repos de quelques heures, puis douleur sourde et tuméfaction légère; pendant quinze jours, la malade travaille un peu, va et vient, souffre modérément, refuse d'abord d'entrer à l'hôpital, puis revient avec une grosse masse fluctuante et une voussure de la partie inférieure du thorax. La douleur est toujours modérée, mais les forces diminuent. Une ponction donne un liquide fortement teinté, contenant une proportion de 1 gr. 90 d'urée par litre. Malgré l'absence de troubles urinaires, on croit à une vieille hydronéphrose, dans laquelle se serait faite une hémorragie lors de la chute, et M. Coville se met en devoir d'opérer, le 14 août 1901, avec le dessein de faire la néphrectomie ou un simple drainage de la poche. Mais l'incision lombaire montre un petit rein à sa place et parfaitement sain; la plaie est aussitôt fermée et la malade préparée pour une laparotomie.

L'incision de la paroi abdominale, faite sur le bord externe du muscle droit, tombe en dedans d'une collection limitée par l'épiploon, adhérente au péritoine pariétal et contenant un litre de sang brunâtre et beaucoup de caillots. La rate, très augmentée de volume, est reconnue au fond de la cavité; la rupture facile d'adhérences qui la relient au péritoine et aux plans profonds permet de luxer son pôle supérieur sous le rebord costal et d'achever l'extirpation par les manœuvres ordinaires. Drainage de la vaste cavité laissée libre, et fermeture de la plaie abdominale, en prenant dans la suture la lèvre interne de la poche, afin de la séquestrer. La malade guérit rapidement et reprend sa vie ordinaire; elle avait, le jour de l'opération, 4.123.000 globules rouges et 19.406 globules blancs; elle a, le 21 septembre, 4.743,000 globules rouges et 10.330 globules blancs.

L'auteur note quelques points intéressants. Il y avait sur le bord postérieur de la rate une déchirure tapissée de caillots, dans laquelle on aurait pu loger une grosse noix. L'état pathologique de l'organe, très augmenté de volume, permet seul de comprendre qu'un traumatisme aussi léger, une chute sur le côté droit sans douleur immédiate, ait pu amener la rupture du tissu splénique. Mais le fait le plus remarquable est la lenteur de l'hémorragie : comment se fait-il que la collection sanguine ait mis un temps si long à se développer? Peut-être parce que le bord déchiré était fixé d'avance aux plans profonds. Dans cette hypothèse, pourquoi l'épanchement, gêné par la disposition anatomique, a-t-il continué indéfiniment, pourquoi l'hémostase spontanée n'a-t-elle pas eu lieu? Il n'est pas bien sûr que ces adhé-

rences, si facilement rompues par l'opérateur, fussent antérieures à l'intervention (périsplénite adhésive autour d'une rate manifestement altérée); elles étaient si légères, qu'on peut croire à un processus de défense péritonéale au cours de l'épanchement. Reste alors à chercher comment l'hémorragie a pu être assez lente pour laisser au péritoine le temps de s'organiser, fait curieux dont s'étonnait justement notre collègue Demoulin dans la séance du mois de juin dernier.

L'auteur insiste encore sur la proportion d'urée révélée par la ponction exploratrice : 1 gr. 90 était faible pour une hydronéphrose, suffisant pour une hydronéphrose ancienne, modifiée, un peu excessif pour du sérum sanguin, qui peut en contenir de 0 gr. 20 à 1 gr. 80 par litre. On admit l'hydronéphrose; il y a donc là une cause d'erreur qu'il était bon de signaler.

Vous voyez que M. Coville nous a donné un fait clinique intéressant, en même temps qu'une preuve de son habileté chirurgicale. Je vous propose de lui adresser des remerciements et de ne pas oublier son nom, qui sera bientôt, j'espère, celui d'un candidat au titre de correspondant.

Communications.

Fracture de la base du crâne diagnostiquée par la ponction lombaire,

Par M. POIRIER.

Je désire vous présenter en termes brefs une observation intéressante de fracture de la base du crâne, dans laquelle la ponction lombaire permit d'affirmer un diagnostic difficile à établir et donna les plus heureux effets thérapeutiques.

Le 16 septembre dernier entra dans mon service de Tenon un ouvrier paveur, âgé de quarante-sept ans, qui se plaignait de violentes douleurs dans toute la tête et le côté droit de la poitrine en même temps qu'il accusait des vomissements incessants et faciles. Il était venu à la consultation à pied et avait raconté qu'il se trouvait souffrant et fatigué depuis plusieurs jours, et que la veille il était tombé à la renverse au bas de son escalier, de sorte que la partie postérieure de sa tête avait porté sur le rebord de la marche; cependant il avait pu se relever seul et s'était rendu à son travail. Dans la nuit, les douleurs de tête s'étant accentuées, il s'était décidé à venir consulter à l'hôpital.

Dans le lit, le malade est couché en chien de fusil, la tête

tournée du côté opposé à la lumière; les yeux sont fermés, il y a de la photophobie; il est dans un état de somnolence profonde, il répond difficilement et lentement aux questions, il a de la raideur de la nuque, sans contractures musculaires; les membres sont flasques, sans paralysie; le signe de Kernig n'existe pas. Les vomissements, verdâtres et aqueux, sont fréquents et se font sans efforts, comme par régurgitation; ils n'ont point l'odeur alcoolique. De temps à autre G. fait entendre une plainte sourde, plus brève et moins aiguë, semble-t-il, que le cri hydrencéphalique. La céphalée, très vive, est générale. On trouve à la nuque les traces, peu marquées, d'une contusion récente. Le blessé accuse encore de violentes douleurs dans le côté droit du thorax, mais l'examen ne révèle rien de ce côté. La température est à 37°,5 et le pouls bien frappé, à 102. L'urine ne renferme ni sucre ni albumine.

En présence de ces symptômes, le médecin de la consultation, frappé de ce fait que le malade se déclarait souffrant de maux de tête et de faiblesses plusieurs jours avant la chute, qui n'avait été suivie d'aucun accident immédiat, pensa à de la méningite : ce fut aussi vers ce diagnostic que pencha le chirurgien qui me remplaçait alors.

L'état resta le même pendant toute la journée du 17; puis, le troisième jour, quelques modifications survinrent : la température monta à 37°,7, en même temps que le pouls descendait à 82. Les vomissements continuaient, mais un peu moins fréquents. La prostration devint complète : le malade ne répondait plus que par des grognements. Les pupilles restaient normales, mais on constata une déviation en dedans de l'œil droit. L'ecchymose de la nuque avait gagné du côté de la mastoïde droite.

Comme le diagnostic restait indécis entre une méningite, une contusion de l'encéphale et une fracture de la base du crâne, M. Grégoire, interne du service, fit une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien, fortement teinté en rouge groseille, s'échappa en jet portant à 15 ou 20 centimètres de la canule. Devant cette hypertension, il pensa logiquement que la plupart des symptômes pouvaient être attribués à la compression des centres nerveux par un épanchement séro-sanguin, d'origine traumatique. Il laissa donc l'écoulement continuer jusqu'à ce qu'il se fît à la pression normale, c'est-à-dire goutte à goutte; 35 à 40 centimètres cubes de liquide séro-sanguinolent furent ainsi évacués.

Quelques heures après, l'état s'était beaucoup amélioré. A la visite du soir, G... était sorti de son état de torpeur; il reconnaissait son entourage et répondait facilement aux questions posées.

Les vomissements avaient complètement cessé aussitôt après la

ponction, et la céphalée était beaucoup moins vive. La température et le pouls n'avaient pas varié. Dans les jours suivants, l'état s'améliora très rapidement. G... ne se plaignait plus que d'une légère lourdeur de tête : il désirait se lever, prétendant n'être plus du tout malade. Cependant, quarante-huit heures après la ponction, la température monta à 38°,5, pour redescendre le lendemain à la normale, où elle se maintint depuis.

Au septième jour seulement, apparut une ecchymose sous-conjonctivale qui s'accentua les jours suivants, en même temps que l'ecchymose mastoïdienne devenait plus foncée.

Le onzième jour après son entrée à l'hôpital, G..., qui depuis plusieurs jours se déclarait guéri, voulut absolument quitter l'hôpital. On essaya en vain de le retenir. Il retourna à son travail, promettant qu'il reviendrait s'il survenait quelques incidents. Il n'est pas revenu. J'ai cherché ces temps derniers à avoir de ses nouvelles : il a changé de garni, sans donner d'adresse.

Il m'a paru que cette observation méritait de vous être présentée, puisqu'elle affirme une fois de plus la valeur de la ponction lombaire comme moyen de diagnostic, et, dans le cas particulier, comme moyen curatif de la céphalée, des vomissements et de toute une série de symptômes relevant vraisemblablement de la compression par l'épanchement sanguin ou par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

M. Rochard. — J'ai eu, chez trois malades, l'occasion de faire la ponction lombaire pour des traumatismes craniens, et deux de mes observations se rapprochent de celle de M. Poirier.

Dans l'une d'elles, que je citerai la première, la ponction a été faite dans un but thérapeutique, pour lutter contre une céphalée intense. Il s'agissait d'une fracture de la base du crâne ; voici, du reste, le résumé de cette observation :

Fracture de la base du crâne. Ponction lombaire et évacuation du liquide céphalo-rachidien pour lutter contre la céphalée. Guérison. (Observation recueillie par M. Lemaître, interne du service.)

Le 28 septembre 1901, à 5 heures du soir, le nommé P. J..., électricien, monte sur un poteau électrique pour y arranger les fils, reçoit le courant, qui lui fait lâcher prise, et tombe d'une hauteur de 8 mètres environ. Perte totale de connaissance; il est amené à l'hôpital d'Ivry.

A son entrée, coma complet, pouls à 56, respiration irrégulière. Ecoulement de sang par l'oreille droite et le nez, état très grave. Le diagnostic de fracture du crâne est malheureusement trop facile à poser, et je ne veux même pas qu'on remue le malade pour lui pratiquer une ponction lombaire qui, à ce moment, n'avait, à mon esprit, qu'un but de diagnostic.

L'état grave persiste deux jours.

Le 30 septembre, dans l'après-midi, le blessé reprend petit à petit connaissance. L'écoulement d'oreille a cessé, et une ecchymose sous-conjonctivale apparaît.

Le 1er *octobre*, le blessé se plaint de douleurs atroces dans la tête. On pratique une *ponction lombaire*. On laisse le liquide céphalo-rachidien s'écouler jusqu'à ce que le malade éprouve une diminution nette de sa douleur. On a retiré ainsi 18 centimètres cubes de liquide, qui sort tout d'abord d'un jet nettement coloré, puis goutte à goutte. Par la centrifugation, formation d'un caillot très net.

Quelques minutes après, le malade se sent tout à fait soulagé, si bien qu'il s'écrie : « Pourquoi ne m'avez-vous pas fait cela plus tôt ? »

Le soir, vers 7 à 8 heures, la douleur de tête revient progressivement. Dans la nuit elle est revenue aussi intense que le matin.

Le 2 octobre, à 10 heures du matin, deuxième ponction lombaire. Le liquide sort en jet, puis par gouttes précipitées; après 10 centimètres cubes environ le malade se dit soulagé; on continue quand même, et on retire encore 6 centimètres cubes. Le malade se plaint de malaise général, d'étourdissements, de nausées. On cesse, mais la douleur revient, mais d'un caractère différent (elle est sourde au lieu d'être lancinante). Le malade s'endort; vers 2 heures il se réveille; à ce moment le malade *n'a aucune céphalée, et son bien-être s'est continuellement maintenu à ce point de vue.*

Le 10 octobre le malade se plaint de douleurs extrêmement violentes dans l'oreille droite. Douleurs revenant par accès, et comparées à des coups de marteau.

Troisième ponction lombaire. Le liquide sort goutte à goutte. Pas d'amélioration de la douleur d'oreille qui les jours suivants va en diminuant.

Surdité du côté droit, mais intégrité du facial.

Les troubles s'améliorent, au point que le 12 novembre le malade se lève. Il est faible et ne peut marcher droit; il titube et donne la sensation d'un homme ivre.

Actuellement 4 décembre. Le malade va de mieux en mieux.

Voici donc une observation bien nette, dans laquelle la céphalée a été non seulement améliorée, mais guérie par la ponction lombaire.

Dans cette autre observation l'évacuation du liquide céphalo-rachidien a paru avoir déterminé la cessation du coma.

Commotion cérébrale. Ponction lombaire. Guérison. (Observation recueillie par M. Lemaître, interne du service.)

A. P. — Le 3 août, à 7 heures du matin, un enfant de treize ans monté sur une échelle tombe à la renverse la tête en bas d'une hauteur de 4 mètres environ.

On le relève immédiatement; il a tout à fait perdu connaissance et est amené à l'hospice d'Ivry à 9 heures, au moment de la visite.

Examen. — *Coma total*; les jambes sont étendues *flasques*, *les yeux* entr'ouverts, fixes; *la respiration* est régulière, mais lente (12 à la minute). *Le pouls* à 80 à la minute, assez fort, régulier. La face n'est pas déviée. Pas de contractures, pas d'hémorragie ni d'écoulement de liquide par le nez ou l'oreille.

A 10 heures et demie. L'enfant, jusque-là inerte, se remue un peu dans son lit et fait entendre quelques plaintes.

Ponction lombaire à 11 heures. Le petit blessé se laisse emmener à la salle d'opération, préparer, laver, sans mot dire; mais au moment où on enfonce l'aiguille il pousse un léger cri et fait un mouvement de retrait.

L'aiguille pénètre aisément, le liquide *sort à jet et ne semble pas coloré*; il s'écoule ainsi environ 3 centimètres cubes, quand tout à coup l'enfant s'agite, renverse le tube et s'échappe des mains de l'aide qui le maintenait. L'aiguille avait pu heureusement être retirée à temps. L'enfant est rattrapé après avoir fait quelques pas; il se plaint et manifeste son étonnement de se trouver à cet endroit.

On le reporte dans son lit, où bientôt il s'endort.

Le lendemain. État parfait, mais tendance exagérée au sommeil. L'enfant dort toute la nuit.

Le sixième jour, le petit blessé se lève; le dixième jour, son père l'emmène.

Voilà donc un cas de commotion cérébrale où la ponction lombaire paraît avoir été utile. On n'a malheureusement pas pu examiner le liquide, et ce dernier a été évacué en si petite quantité que nous n'oserions pas affirmer que le changement subit dans l'attitude du malade est dû à la sortie du liquide rachidien.

Enfin voici une troisième observation, qui montre que la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien n'éclaire pas beaucoup le diagnostic, car il s'agissait d'une contusion cérébrale sans fracture et on a trouvé des globules sanguins, ce qui prouve que l'absence ou la présence du sang ne permet pas de conclure, soit à une absence, soit à la présence d'une fracture du crâne.

Contusion cérébrale. Ponctions lombaires. Guérison. Observation recueillie par M. Lemaître, interne du service.

Le 12 juillet 1901, à 6 heures du soir, le nommé S..., cinquante-trois ans, en fermant la porte du vagon qu'il venait de charger, a reçu sur la tête le vasistas de fermeture. Le blessé s'abat, perd immédiatement connaissance. On le relève et on l'apporte en voiture à l'hospice d'Ivry, où il arrive à 7 heures du soir.

Examen. — Coma presque complet; le blessé répond parfois aux questions par une plainte monotone. Le regard est fixe lorsque, par suite d'une forte excitation, le blessé ouvre les yeux. Les quatre membres sont immobiles, les muscles relâchés. La face n'est pas déviée. Le blessé ne laisse échapper ni urines ni matières.

De plus on remarque, sur le sommet de la tête, une petite plaie

anfractueuse de 1 centimètre de long, à direction frontale et produite par le tenon du vasistas; le stylet conduit jusqu'à l'os dénudé, mais qui paraît intact.

A 9 heures du soir. — Le blessé a repris un peu ses sens. Pas de paralysie, ni des membres, ni de la face; pas de signes de compression. La parole est assez nette et bien articulée. Pas de troubles respiratoires, pas de convulsions; le pouls est normal. Le malade urine seul. La température est à 37°,1.

Le lendemain, 9 heures du matin. — La nuit a été relativement bonne, pas de fièvre, pas de paralysie; bon état général malgré l'abattement.

Première ponction lombaire, à 10 h. 1/2, pratiquée pour contrôler ou non la présence du sang.

On pénètre facilement; on retire, dans deux tubes, 4 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, légèrement coloré, et qui, par centrifugation, donne dans les deux tubes un petit caillot sanguin très net.

Deuxième ponction lombaire, à 5 h. 1/2 du soir, pour éviter l'erreur qu'aurait pu donner le sang drainé par l'aiguille dans sa traversée jusqu'à l'espace sous-arachnoïdien. On laisse écouler 4 centimètres cubes de liquide avant d'en recueillir 4 autres centimètres cubes en deux tubes, qui donnent encore un caillot sanguin aussi volumineux que le matin par centrifugation.

L'état du malade s'améliore considérablement; il s'alimente. Pas d'ecchymose secondaire, pas d'écoulement par l'oreille ni le nez, mais il se plaint de céphalée assez intense.

Troisième ponction le 15 juillet (trois jours après l'accident). — Faite dans les mêmes conditions que la deuxième, mais l'un des deux tubes du centrifugeur casse; l'autre montre un tout petit caillot où le microscope révèle des hématies et quelques globules blancs.

Quatrième ponction le 19 juillet (sept jours après l'accident). — Faite dans les mêmes conditions que les deux précédentes; ne permet plus de déceler la présence du sang.

Le malade va tout à fait bien; il se lève depuis le 18 (six jours après l'accident) et sort de l'hospice le 24 juillet 1901.

Il n'a pas été revu depuis, mais n'a probablement présenté aucun trouble, car, étant assuré, il serait certainement revenu demander un certificat.

M. TUFFIER. — Je crois, jusqu'à plus ample informé, avoir été le premier à attirer l'attention sur la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les traumatismes du crâne et de la colonne vertébrale. Je vous rappellerai la série de communications que j'ai faite sur ce sujet, tant en mon nom qu'en celui de M. Milian, à la Société de biologie (1), à la Société médicale des hôpitaux (2),

(1) Tuffier et Milian. La ponction lombaire dans les fractures du crâne (*Société de biologie*, 25 mai 1901)

(2) Tuffier et Milian. Diagnostic des fractures du crâne par la ponction lombaire (*Société médicale des hôpitaux*, 12 juillet 1901).

ici même (1), et au dernier Congrès de chirurgie (2). Ces travaux, n'ayant pas été mentionnés, je crois devoir formuler derechef ces conclusions, en y ajoutant cependant quelques modifications que des faits nouveaux m'obligent à y apporter.

Le nombre de cas dans lesquels j'ai eu l'occasion de recourir à la ponction lombaire comme moyen de diagnostic dans les traumatismes du crâne ou du rachis, s'élève actuellement à une dizaine : les observations que je résume ci-après proviennent soit de mon service, soit de ceux de collègues qui avaient fait appel à mon expérience de la ponction lombaire pour utiliser ce précieux élément de diagnostic dans certains cas embarrassants de traumatismes craniens.

J'envisagerai successivement la *technique*, la *valeur diagnostique* et la *valeur thérapeutique* de la ponction lombaire dans ces cas.

1° J'ai peu de choses à dire de la *technique* de la ponction elle-même : elle est trop connue de tout le monde aujourd'hui, pour que je revienne encore sur ce sujet. Qu'il me suffise seulement d'insister sur la nécessité qu'il y a de recueillir le liquide qui s'écoule de la canule dans trois tubes différents, pour pouvoir tirer de son examen des conclusions exactes. Lorsqu'en effet les premières gouttes recueillies sont seules teintées de sang, ou lorsque le premier tube présente une coloration notablement plus accentuée que les autres, il faut en conclure que le sang provient simplement de la piqûre d'un vaisseau intra-dural survenue au moment de la ponction. Lorsque au contraire le liquide recueilli présente dans les trois tubes une coloration d'intensité sensiblement égale, on est en droit d'en déduire que l'hémorragie provient d'un traumatisme plus grave qui a mélangé au liquide céphalo-rachidien une quantité notable de sang. L'épreuve des trois tubes a donc une grande importance, et, dans aucun cas, elle ne doit être négligée.

L'intensité de coloration du liquide est, d'ailleurs, très variable : elle va du rouge vif au rose pâle et même au jaune clair. Elle paraît en rapport avec l'intensité de l'hémorragie et, par conséquent, semble-t-il, avec l'étendue des lésions. La teinte présentée par le liquide aurait donc *a priori* une certaine valeur pronostique : mais il faut attendre les faits, qui ne tarderont pas à nous renseigner à cet égard.

(1) Tuffier. La ponction lombaire dans les fractures du crâne ; sa valeur diagnostique et pronostique. *Société de chirurgie*, 17 juillet 1901.

(2) Tuffier et Milian. L'hémodiagnostic et le cytodiagnostic en chirurgie, (*XIVe Congrès français de chirurgie*. Séance du mardi soir 22 octobre 1901).

En ce qui concerne le *diagnostic* de la nature du traumatisme cranien par la ponction lombaire, j'ai cru d'abord, après mes premières recherches, que la coloration du liquide céphalo-rachidien ne s'observait que dans les cas de contusion cérébrale. Je suis revenu de cette première opinion depuis le jour où j'ai constaté cette coloration chez un malade qui, à la suite d'un ictus apoplectique, avait fait une chute sur le crâne, c'est-à-dire dans un de ces cas, assez fréquents, où le diagnostic devient fort embarrassant. La coloration rouge-groseille du liquide obtenu par la ponction lombaire pouvait faire penser à une fracure du crâne : or, il s'agissait, ainsi que nous le démontra l'autopsie, d'une hémorragie intra-ventriculaire médicale.

Aussi le fait rapporté par M. Rochard ne m'étonne-t-il pas aujourd'hui : je crois que la contusion cérébrale et les hémorragies spontanées peuvent, tout aussi bien que la fracture du crâne, s'accompagner d'un épanchement sanguin dans le liquide céphalo-rachidien. La ponction lombaire est donc incapable de nous servir à établir le diagnostic différentiel entre ces deux ordres de lésions.

Il ne me reste plus que quelques mots à ajouter sur la *valeur thérapeutique* de la ponction lombaire dans les traumatismes craniens s'accompagnant d'épanchement hémorragique intra-méningé. Théoriquement, il était facile de prévoir qu'en diminuant l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, on arriverait à atténuer, sinon à supprimer les symptômes plus ou moins accentués et pénibles qui semblent résulter de cette hypertension. Dans la communication que je vous ai faite le 17 juillet dernier, je terminais par ces lignes :

« Enfin, il n'est peut-être pas téméraire de penser que ces « ponctions pourront acquérir une valeur thérapeutique : la « décompression des centres nerveux, que nous recherchons par « la trépanation, ne pourrait-elle être obtenue plus simplement « par une soustraction abondante de liquide céphalo-rachidien à « l'aide de la ponction lombaire ? » Le fait de M. Poirier montre que ces prévisions n'étaient pas exagérées.

Voici maintenant mes observations :

Obs. I. — Homme de seize ans, fait une chute sur la tête, d'une hauteur de 7 mètres. Transporté à Beaujon, il présente, au niveau de l'arcade sourcilière gauche, une plaie de 4 centimètres que l'interne de garde suture.

Le lendemain, mercredi, agitation, idées délirantes. Le jeudi, même état : le malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose ; température, 38°,4 ; pouls, 100. On apprend, par l'entourage, que le malade a

perdu une assez grande quantité de sang par le nez, au moment de l'accident. Il existe, à ce moment, une ecchymose superficielle des deux paupières et un peu de céphalée.

Le vendredi, un vomissement, céphalée moins vive, dilatation pupillaire double, ecchymose conjonctivale gauche. Ce jour-là, ponction lombaire; liquide recueilli dans 3 tubes : dans le 1er tube, liquide assez fortement coloré; le 2e et le 3e tubes contiennent du liquide nettement teinté de sang, mais moins fortement que le 1er. Dans les jours qui suivent, les troubles vont en s'amendant. Sortie du malade le 15e jour.

Obs. II. — Homme de vingt-six ans, renversé par une automobile, entre à Beaujon le 15 mai; il ne présente que des ecchymoses superficielles, et de vagues douleurs.

Après deux jours, le malade quitte le service où il était entré, et s'en va à pied.

Le 19 *mai*, il revient dans mon service : maux de tête violents, hébétement, crise convulsive dans la matinée; il a perdu quelques gouttes de sang par le nez. Deuxième attaque convulsive dans la matinée. Ponction lombaire : le liquide qui s'écoule est rosé, couleur chair; la teinte est homogène dans les trois tubes.

Le diagnostic de fracture du crâne était posé.

Le même jour, à 2 heures de l'après-midi, nouvelle crise convulsive, coma et mort.

L'autopsie n'a pas été faite.

Obs. III. — Homme de seize ans. Le 27 octobre, coup pied de cheval dans la région frontale gauche, avec perte de connaissance; le malade est amené inerte; pas d'écoulement de sang par le nez, la bouche ou les oreilles. On constate un enfoncement net du crâne, au niveau du sinus frontal gauche.

Ablation des esquilles. La dure-mère est intacte.

La ponction lombaire fait écouler un liquide céphalo-rachidien très légèrement teinté.

Le lendemain, état général très bon : le malade a repris connaissance. Temp., 36°,8; pouls, 90.

Le malade sort guéri le 3 novembre.

Obs. IV. — Homme de seize ans. Le 19 octobre, coup de pied de cheval dans la région pariétale droite.

Phénomènes d'excitation à l'entrée à l'hôpital : un vomissement alimentaire. Pas de signes de localisation. Pouls, 40, ample, irrégulier. Pas d'écoulement de sang par le nez, la bouche ou les oreilles. Localement, aucun signe d'enfoncement de la voûte.

La ponction lombaire donne issue à un liquide franchement rouge dans les trois tubes.

Les jours suivants, agitation, céphalée, conservation de la connaissance, pouls oscillant entre 40 et 50 pulsations à la minute. Temp., 37 degrés.

Le 29 octobre, le malade quitte l'hôpital guéri. Le pouls ne bat encore que 60 pulsations.

Obs. V. — Malade de cinquante-huit ans. Le 27 juillet, chute d'un 1er étage sur le front.

A l'entrée, ecchymose orbitaire très marquée, pas d'otorragie, épistaxis abondante, pas de troubles de la mobilité des membres.

Ponction lombaire : liquide rougeâtre dans les trois tubes.

Le 29 juillet : pouls, 100; temp., 37 degrés. Nouvelle ponction lombaire : le liquide est plus clair.

Le 30 juillet : agitation, délire, coma, mort à 11 heures du soir.

A l'autopsie : fracture de la voûte, irradiée à la base, avec épanchement sanguin sous-dure-mérien et contusion profonde du cerveau gauche.

Obs. VI (due à MM. Sainton et Ferrand). — Homme de dix-sept ans. Depuis l'âge de sept ans, otorrhée du côté gauche.

Le dimanche 28 juillet, chute de bicyclette sur la tête et perte de connaissance. Pas d'otorragie.

En entrant à l'hôpital, il s'aperçoit qu'il est sourd du côté droit et que tout le côté droit de la tête est douloureux. Comme il n'existe pas de lésions externes, et que le malade présente de la raideur de la nuque et des vomissements, on pense à une *méningite*.

Le 30 juillet : douleurs de tête, surtout du côté droit du crâne et du cou; pas de constipation, pas de signe de Kernig. Vomissements, un peu de raideur de la nuque. Pouls, 80 ; temp., 38 degrés.

Les jours suivants, il ne persiste que de la céphalée et de la raideur de la nuque. Ces phénomènes s'accentuent, la température s'élève, le pouls est à 80.

Ponction lombaire : on retire trois tubes de liquide céphalo-rachidien absolument sanglant; cultures stériles.

Le 5 août : céphalée, fièvre, nouvelle ponction : liquide à peine teinté, rose, mais très louche et sale.

L'examen des lamelles montre de nombreuses hématies et de nombreux polynucléaires. Pas d'ensemencement.

Mort le 12.

A l'autopsie : fracture du crâne intéressant le rocher, et méningite cérébro-spinale consécutive.

Obs. VII. — Femme de soixante-trois ans. Renversée par un tramway le 5 juin.

A l'entrée, perte de connaissance; plaie superficielle de la région frontale.

Le 6 juin, état voisin du coma : pouls, 68; température, 37°,8; ecchymose conjonctivale et palpébrale superficielle; pas d'otorragie, pas d'épistaxis.

Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien absolument limpide.

L'état de la malade s'améliore; elle cause; mais elle a perdu la mémoire. Elle a des troubles de la vue.

On trouve de l'albumine dans les urines. La respiration présente par intervalles le type de Cheyne-Stocke. Signes d'urémie.

Le 14 juillet, la malade est ramenée chez elle : elle meurt le 20 juillet.

Obs. VIII. — Homme de quarante ans. Chute sur la région occipitale; perte de connaissance.

A l'entrée, ecchymose mastoïdienne droite. On ne sait pas s'il y a eu otorragie. Aphasie motrice complète.

Ponction lombaire : trois tubes de liquide fortement teinté.

Le lendemain, jeudi, même état; le malade ne répond pas.

Large trépanation de la région temporo-pariétale gauche.

A l'incision de la dure-mère, il s'écoule un caillot de sang noir, puis un deuxième.

Le vendredi, l'état s'améliore; le malade comprend les questions, mais ne répond pas. Pouls, 100.

Il sort complètement guéri trois semaines après.

Obs. IX. — Homme de dix-huit ans. Le 2 octobre, se tire une balle de revolver dans la tête :

A l'entrée : ecchymose des paupières supérieure et inférieure droites; ecchymose conjonctivale. Orifice d'entrée de la balle dans la région temporale.

Température : 38°,5. Pouls 110. Abattement, céphalée.

Ponction lombaire : le liquide n'est pas franchement sanglant, ni même sanguinolent, mais on reconnaît un léger reflet sanguin. L'examen histologique révèle l'existence des globules rouges. On conclut : lésion cérébrale.

Les jours suivants, la céphalée augmente : Pouls, 90. Température, 37 degrés.

Le 11 octobre, radiographie par M. Contremoulins qui indique que le projectile est superficiel.

Le 12 octobre, recherche de la balle; je trouve des esquilles et un fragment de la balle que j'enlève.

L'exploration au doigt et au stylet le conduit ensuite jusque sur la dure-mère, dans le crâne; il y avait donc bien pénétration, ce que disait la ponction lombaire.

Le malade sort le 25 octobre guéri. Je l'ai présenté à la Société de chirurgie, le 22 octobre dernier.

Obs. X. — Homme de vingt-six ans. Chute sur la région occipitale le 13 juillet.

A l'entrée, petite plaie contuse au niveau du bregma. Petite épistaxis. Pas d'otorragie. Nuit agitée. Deux vomissements.

Le 14 juillet, le malade ne répond pas, urine sous lui. Température, 38°,4. Pas de paralysie.

Le 15 juillet, ponction lombaire : liquide brunâtre très coloré. Le liquide sort sous forme de jet.

Le 16 juillet, température, 38°,9. Pouls, 150. Nouvelle ponction : on retire 60 centimètres cubes de liquide qui sort en bavant et présente une couleur rouge cerise. Coma. Mort.

A l'autopsie, fracture de la base avec contusion considérable de la base du cervelet et des deux lobes frontaux.

M. Guinard. — L'observation de M. Poirier vient à l'appui d'une idée que je crois vraie et que je soutiens depuis que j'ai étudié la rachicocaïnisation.

La céphalée consécutive à cette injection est due à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, et cette hypertension est due à la présence d'un élément étranger dans le sac arachnoïdo-pie-mérien. Dans le cas de M. Poirier, c'était du sang; mais j'ai pu constater des céphalées analogues en injectant dans le sac de l'eau pure stérilisée, de l'air stérilisé, du sérum stérilisé.

En un mot, tout élément étranger introduit dans le liquide céphalo-rachidien peut donner de la céphalée, fonction de l'hypertension.

Un second fait ressort de l'observation de M. Poirier, c'est que la ponction, en faisant cesser l'hypertension, a fait disparaître les vomissements et la céphalée. C'est ce que nous avons constaté avec M. Aubourg, et j'ai déjà dit ici qu'on faisait disparaître les céphalées après la rachicocaïnisation, en faisant une nouvelle ponction et en laissant couler 10, 15 et même 20 ou 25 centimètres cubes de liquide. Le malade sent sa céphalée diminuer à mesure que le liquide s'écoule.

M. Kirmisson. — M. Guinard considère la céphalée comme consécutive à l'introduction d'un corps étranger dans le liquide céphalo-rachidien. Elle est due surtout, à mon avis, à l'hypertension énorme de ce liquide.

M. Guinard. — Je répondrai que je parle d'hypertension parce que le matin, lorsque je fais la ponction, le liquide coule goutte à goutte, tandis qu'à la ponction du soir le liquide coule en jet saccadé. Cette hypertension est due à ce qu'il se fait dans le sac une pluie défensive qui va parfois jusqu'à une exsudation fibrineuse, comme dans la pleurésie.

M. Hartmann. — Ce qui agit surtout, c'est l'hypertension provoquée par une irritation quelconque des méninges, même en l'absence de toute infection sous-arachnoïdienne; j'ai observé cette céphalée dans un cas où Dujarier fit une ponction blanche de la dure-mère. Cette piqûre suffit pour amener une irritation.

M. Guinard. — Dans les ponctions blanches, il peut très bien se faire un petit épanchement sanguin dans le sac arachnoïdien-pie-mérien, et cela suffit pour donner de la céphalée.

M. Tuffier. — Je partage tout à fait l'avis de M. Hartmann : il y a des malades qui présentent de la céphalée après une simple ponction sans injection.

M. Rochard. — Je répondrai à M. Tuffier, qui vient de nous dire qu'il doit y avoir du sang dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de *contusion cérébrale*, que la preuve en est faite par l'observation que je viens de citer tout à l'heure, et il est même probable que la ponction lombaire va montrer qu'il y a contusion dans des cas où autrefois on croyait à une simple commotion.

M. Reclus. — Dans un certain nombre d'observations, la céphalée serait due non à un excès, mais à une diminution de tension. De la dure-mère perforée s'écoule un peu de liquide dans les tissus voisins, et le mal de tête se déclare.

M. Rochard. — Il se peut qu'une diminution de tension amène la céphalée; mais ce doit être la grande exception; car elle n'a pas été signalée dans les ponctions simples, et la ponction de Quincke est souvent pratiquée en médecine. En tout cas, chez mon malade, la diminution de tension a fait complètement disparaître cette céphalée.

M. Poirier. — Les observations de Rochard sont intéressantes; je m'étonne que, dans la première, il ait hésité à attribuer à la diminution de pression une amélioration qui suivit si subitement la ponction. Je suis aussi surpris que, dans la seconde observation, notre collègue ait ajourné la ponction « en raison de l'état alarmant dans lequel était le blessé ». J'aurais vu, dans cette circonstance, une raison d'agir, et au plus vite. Depuis longtemps déjà, je ne regarde plus les fractures du crâne évoluer à leur gré; j'interviens toujours activement, soit pour relever les fragments s'il y a lieu, soit pour décomprimer, soit encore pour arrêter une inflammation. Cette chirurgie active m'a donné de beaux succès; je vous en ai présenté. Sans doute, l'évacuation par ponction lombaire pourra, dans certains cas, remplacer la trépanation.

Je ferai observer à Rochard que je n'ai pas dit que la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien fût un signe certain de fracture du crâne. Je ne méconnais pas à ce point la pathogénie des hémorragies intra-craniennes.

Tuffier nous met en garde contre l'erreur qui consisterait à prendre pour un épanchement sanguin méningé le petit écoule-

ment sanguin qui teinte parfois les premiers grammes du liquide obtenu par ponction lombaire. Il peut être rassuré à cet égard; j'ai fait un peu plus de cinquante ponctions lombaires pour rachicocaïnisation, et, soit répété en passant, comme je l'ai dit en juillet dernier, j'ai abandonné ce mode dangereux d'anesthésie, parce qu'il me laissait des opérés beaucoup plus et plus longtemps malades que l'anesthésie par chloroforme.

Je pense que l'expression de Guinard n'a point tout à fait traduit sa pensée, lorsqu'il a rattaché la céphalée dont souffrait mon blessé à la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien. Il est plus vraisemblable, comme l'a fait observer le professeur Kirmisson, de la considérer comme le résultat de l'hypertension, que celle-ci soit directement produite par l'augmentation de liquide, ou indirecte par le fait de l'irritation des méninges. En cette physiologie pathologique, il convient d'être réservé, comme l'a sagement fait observer notre président.

M. Rochard. — Il m'est facile de répondre à Poirier : dans l'observation à laquelle il fait d'abord allusion, je n'ai pas osé affirmer qu'il y avait relation de cause à effet, le liquide sorti étant en très petite quantité, mais j'ai admis la possibilité de l'efficacité de la ponction, et c'est pour cela même que j'ai communiqué cette observation.

Pour l'autre observation, comme Poirier et mes collègues, depuis longtemps je ne regarde plus les fractures du crâne évoluer à leur gré ; mais ici je n'avais ni à relever les fragments, puisqu'il n'y avait pas d'enfoncement, ni à faire de décompression, puisqu'il n'y avait pas de compression, ni à arrêter une inflammation, puisqu'il n'en existait pas; je ne suis donc pas intervenu et j'ai bien fait, puisque ma malade a guéri.

Si je n'ai pas tout d'abord pratiqué la ponction lombaire, c'est qu'à ce moment elle n'était pour moi qu'un moyen de diagnostic; je ne l'ai faite de parti pris que quelque jours après, cette fois dans un but thérapeutique, pour faire cesser une céphalée insupportable.

M. Tuffier. — Je puis également affirmer, pour l'avoir constaté, que la ponction lombaire avec évacuation de liquide céphalo-rachidien, et sans aucune infection consécutive, peut être l'origine de céphalée intense persistant pendant 48 heures.

Présentations de malades.

Fracture du coude.

M. Brun présente à la Société un enfant de huit ans atteint de fracture du coude remontant à deux mois et compliquée de paralysie des trois nerfs de l'avant bras (médian-radial-cubital). Il demande à ses collègues leur avis au sujet du meilleur traitement à mettre en œuvre.

M. Félizet. — Il s'agit d'une *fracture oblique interne* de l'extrémité inférieure de l'humérus; l'épanchement sanguin traumatique ayant eu le temps de se résorber et la production du cal étant plutôt précaire, il est aisé de suivre avec le doigt, mieux encore que sur la radiographie qui est mauvaise, la disposition anatomique du trait de la solution de continuité.

Le nerf radial, le nerf médian et le nerf cubital sont intéressés, il n'y a pas à en douter.

Ces nerfs ne sont pas rompus, car le déplacement n'est pas assez considérable pour témoigner d'un arrachement.

Ils ne sont pas englobés et comprimés par un cal, car, après deux mois, les arêtes de la brisure sont encore tranchantes, et nettement perceptibles.encore à la palpation.

Or, c'est sur l'arête tranchante du fragment supérieur que sont tendus et comprimés les trois troncs nerveux, à des hauteurs différentes : le nerf radial au-dessus de l'épicondyle; — le nerf médian par l'arête qui sépare la trochlée de la diaphyse humérale; — le nerf cubital contre l'épitrochlée, derrière laquelle la trochlée le tend, en s'élevant en haut et en dedans.

En fait, c'est l'état des troncs nerveux, tendus sur le bord antérieur du fragment supérieur, qui domine la situation et comporte la principale indication du traitement.

La pénurie du cal et la constatation anatomique du trait de la fracture semblent, à notre avis, prouver qu'il n'y a rien à attendre et, au contraire, tout à redouter de la temporisation.

L'indication est de supprimer le *chevalet* qui tend et meurtrit les trois troncs nerveux, dont la dégénération sera irrémédiable, si on attend.

Nous pensons donc qu'il faut intervenir sans tarder. On recherchera, par une dissection extemporanée : le nerf radial derrière le long supinateur, — le médian sous le brachial antérieur, — et enfin le nerf cubital.

A mesure que chacun de ces nerfs sera découvert, on n'en poussera pas trop loin la dissection, on les protégera et on procédera, avec la gouge et le maillet, à l'abrasion franche, à l'*alignement*, pour ainsi dire, de l'arête du *chevalet* qui les tend.

On sera probablement dans l'obligation, pour le nerf cubital, de se faire un jour par une bonne incision interne, mais peu importe.

Les troncs nerveux étant ainsi libérés et « garés » on s'occupera de mettre la partie articulaire de l'humérus dans les conditions les plus favorables que l'on pourra, au point de vue des mouvements ultérieurs du coude.

Comme on aura manœuvré dans les interstices, on n'aura sacrifié aucun muscle, et, par conséquent, on n'aura pas sensiblement diminué la puissance du membre; et comme on est, ainsi que le cal précaire en témoigne, dans les conditions d'une fracture intra-articulaire, on ne redoutera pas une néarthrose.

La main sera, pendant les quelques jours que demandera la guérison opératoire, immobilisée en bonne position, les doigts étendus sur une attelle plâtrée.

C'est alors que l'électrisation sera en état de procurer les utiles résultats qu'on ne peut pas attendre des courants, tant que persisteront les conditions de compression des trois troncs nerveux que coupe la *vive arête* du chevalet, constituée par le fragment supérieur de la fracture.

M. Broca. — Je crains que chez ce malade il ne s'agisse d'une contusion primitive des trois nerfs, à la fois par le trauma causal et par les fragments disloqués au moment de l'accident. J'ai vu un cas aussi grave que celui-ci, avec participation immédiate des trois nerfs : j'ai mis à nu les nerfs que je n'ai pas trouvés soulevés par les saillies osseuses, j'ai abrasé ces saillies, et je ne suis arrivé à rien.

M. Robert nous a présenté ici, il y a quelques années, un cas semblable, où l'opération ne paraît pas avoir eu grande efficacité. Aussi, dans ces cas complexes, vaudrait-il peut-être mieux insister d'abord sur le massage et l'électrisation, auxquels revient dans les cas de ce genre un rôle curateur plus important qu'à l'opération. Car, je le répète, ce cas ne me paraît pas, d'après ce que j'ai observé, rentrer dans ceux où il s'agit d'une névrite secondaire, due soit au cal, soit à l'irritation des nerfs par les fragments.

M. Quénu. — Je pense qu'il s'agit dans le cas présent d'une contusion des nerfs; j'ai observé de ces cas de contusion primitive du nerf radial en particulier dans les fractures de l'humérus,

et grâce à une électrisation précoce maintenant les muscles dans leur intégrité, j'ai vu survenir la guérison de la paralysie des extenseurs au bout de cinq à six mois.

Mais cette névrite paralysante consécutive à la contusion peut être accrue, sinon déterminée, par un soulèvement, voire par un embranchement des nerfs, par de petites aiguilles osseuses. C'est ce que l'on constatait dans une observation que mon interne, M. Bick, a présentée il y a une quinzaine de jours à la Société anatomique : à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure de la diaphyse humérale, un malade avait présenté rapidement des phénomènes de paralysie radiale. Je mis à nu le nerf au sortir de la gouttière de torsion, et constatai qu'il était embranché et soulevé par deux petites aiguilles osseuses qui pénétraient sa substance. On ne sait donc jamais si un tronc nerveux n'est pas traumatisé par une pointe osseuse, et c'est pour cela qu'en raison de la persistance des accidents au delà de cinq mois je conseille, dans le cas présent, l'intervention immédiate : mettre à découvert le foyer de fracture, enlever toute exubérance osseuse. Je ne me dissimule pas que la récupération des mouvements ne suivra pas immédiatement l'opération, et qu'il y aura lieu de faire longtemps de l'électrisation des muscles.

M. Kirmisson. — Je suis de l'avis de mes collègues ; c'est le soulèvement et la compression des nerfs par un fragment qui ont engendré ces troubles. En pareil cas, je ferais une résection méthodique de l'articulation.

M. Berger. — Il y a une atteinte primitive et très grave des nerfs. Il faut, anatomiquement, rechercher ces nerfs, et, après les avoir reconnus, établir leurs lésions, et se conduire suivant les circonstances.

M. Loison. — Je vous demande la permission de dire quelques mots au sujet de la petite malade qui vous a été autrefois présentée par M. Robert et dont M. Broca vient de vous rappeler les premières phases de l'histoire.

Les troubles moteurs consécutifs à la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus occupèrent le domaine des trois nerfs de l'avant-bras. Le nerf médian et le radial furent successivement découverts par M. Robert, que j'assistais, et trouvés complètement sains ; ils n'étaient soulevés par aucun chevalet osseux, ni comprimés par aucune gangue fibreuse. Le cubital ne fut pas découvert.

Dans les jours qui suivirent l'opération il n'y eut aucune modi-

fication appréciable. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que, sous l'influence de séances multipliées de massage et d'électricité, la motilité revint complètement dans le domaine des trois nerfs, même dans celui du cubital qui n'avait pas été découvert.

M. Brun. — Je remercie mes collègues de leurs avis, mais leurs conseils sont contradictoires. Je me rattache à l'opinion de M. Berger, de découvrir les trois nerfs, de constater leurs lésions, et d'agir sur les os, si c'est nécessaire.

M. Quénu. — Je suis d'avis, quant à moi, de mettre d'abord les os à découvert.

M. Routier. — J'ai observé un malade qui, à la suite d'une résection du coude, eut des accidents du côté des nerfs moteurs et sensitifs de la main.

Je cherchais à dégager les cordons nerveux qui étaient serrés dans une gangue fibreuse; le dégagement des nerfs n'amena aucun résultat, et cette malade est une infirme avec une griffe. La dégénérescence des nerfs moteurs fut dans ce cas très rapide et leur régénération fut nulle.

Gastrostomie pour cancer de l'estomac.

M. Tuffier. — Je vous présente un malade atteint d'épithélioma de l'œsophage, chez qui j'ai fait, il y a aujourd'hui quatre semaines, une gastrostomie par le procédé le plus simple : l'orifice, très petit et placé très haut, est parfaitement continent. C'est une simple preuve à l'appui des idées que j'ai formulées si souvent ici.

M. Guinard. — Le conseil que donne M. Tuffier de placer la bouche haut sur l'estomac, pour qu'elle soit continente, est classique et excellent. Mais dans ce cas particulier, je suis frappé précisément de ce que son incision est médiane et à un travers de main du rebord des fausses côtes gauches. De plus, sa bouche est juste à l'extrémité inférieure de l'incision, c'est-à-dire près de l'ombilic. Dans ces cas-là, comme l'estomac est, en général, très rétracté, il vaut mieux faire l'incision le long du rebord des fausses côtes gauches, pour placer la bouche le plus près possible du cardia.

M. Tuffier. — Je répondrai à M. Guinard que si la bouche est, en effet, située relativement bas sur la paroi abdominale, elle n'en est pas moins placée très haut sur la paroi gastrique où elle

occupe le voisinage du cardia. Cela tient à ce que, chez ce sujet, l'estomac est, comme d'ailleurs la plupart des autres viscères abdominaux, en état de ptose très accentuée.

Lipomes symétriques.

M. Paul Reclus. — Voici un cuisinier de trente-neuf ans qui présente un bel exemple de lipomes symétriques, nombreux surtout à la région cervicale : il en existe deux à la nuque sur la lisière des cheveux, deux au-dessous, à droite et à gauche de la septième vertèbre du cou, deux dans la région parotidienne, deux sous les maxillaires, deux au pli du coude, deux sur la partie antérieure du thorax ; enfin, quatre sur l'abdomen, deux au-dessus, deux au-dessous de l'ombilic. Peut-être une recherche plus attentive nous permettrait-elle d'en découvrir de nouveaux.

On sait que, récemment, on a voulu faire de ces lipomes une masse graisseuse développée, suivant une loi de pathologie générale assez connue, autour d'un ganglion chroniquement enflammé : il s'agirait d'une adémo-lipomatose qui, d'après Marcel Labbé, serait souvent d'origine tuberculeuse. Or, je ferai remarquer que, dans le cas actuel, la plupart de ces lipomes se sont développés en des points privés normalement de ganglions, que l'on ne trouve pas, au centre de la tumeur, ces masses dures considérées comme le vestige de ganglions, et qu'enfin notre malade ne présente aucune tare tuberculeuse.

Nous constatons dans notre cas un petit fait signalé dans plusieurs autres observations : les tumeurs de la nuque, apparues les premières, il y a environ quatre ans, prirent rapidement le volume qu'elles ont à cette heure ; puis, tout à coup, et comme le malade se mettait à maigrir, elles disparurent, ou à peu près, pour regagner leur grosseur actuelle lorsque notre cuisinier reprit son embonpoint.

Bague incluse dans la peau.

M. Mauclaire présente un malade qui a une bague incluse dans la peau de son annulaire, sans gangrène. — (M. Poirier, rapporteur.)

Le Secrétaire annuel,
Gérard Marchant.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1901

Présidence de M. RECLUS



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° — Une lettre de M. POTHERAT qui, retenu par la maladie de l'un des siens, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3° — Une lettre de M. PILATE (d'Orléans) qui donne sa démission de membre correspondant de la Société.

M. le PRÉSIDENT annonce à la Société que M. HUE (de Rouen), membre correspondant, assiste à la séance.

M. RECLUS. — J'avais pu espérer que ma présidence, qui touche à sa fin, s'achèverait sans avoir à déplorer le moindre vide dans nos rangs. Mais la série heureuse vient de s'interrompre et j'ai à vous annoncer la mort du plus ancien de nos membres, du véritable doyen de notre Société, Floribert Soupart, professeur émérite à l'Université de Gand, décédé le 1er décembre à l'âge de quatre-vingt-onze ans. Sa grande notoriété datait de la période préantiseptique; elle était due surtout à ses travaux sur les amputations à lambeaux elliptiques, vulgarisées chez nous par

notre collègue Farabeuf. Il avait été nommé, à titre étranger, membre correspondant en 1869, et membre associé en 1885. Sa carrière scientifique était close depuis longtemps, mais il n'en a pas moins laissé des regrets unanimes dont toute la presse de Belgique s'est faite l'écho.

A propos de la correspondance.

M. Ehrmann, membre correspondant, dépose sur le bureau un mémoire *sur la Palatoplastie en deux temps* (extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine*). Résumé de quarante et une observations personnelles, qui, depuis neuf ans, l'ont mis à même d'expérimenter sous ses côtés divers le procédé uranoplastique préconisé par J. Wolff. Les résultats qu'il en a obtenus, comparés avec ceux que lui a donnés, dans des conditions parallèles d'âge, l'opération en un temps qu'il a eu l'accasion de pratiquer sur quatre-vingt-cinq sujets, font ressortir pour certaines catégories de malades une supériorité incontestable en faveur du procédé en deux temps. L'inconvénient de la double séance y est largement compensé par ce fait, que les suites opératoires sont plus simples, et la réussite d'emblée mieux assurée; c'est ce qui doit lui faire donner la préférence pour tous les cas qui sortent des conditions habituelles de l'opération courante, soit du fait de l'âge (sujets de moins de six ans), soit en raison de particularités locales qui rendent le cas difficile.

M. Hartmann fait don à la Société de chirurgie de ses *Leçons sur la chirurgie gastro-intestinale.*

M. Terrier dépose sur le bureau un mémoire de M. Tavel, professeur à la Faculté de médecine de Berne, sur la *Dégénérescence kystique des sinus de Hermann et la pathogénie des fistules de l'anus.* — M. Terrier, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire dans les traumatismes du crâne.

M. Paul Reynier. — Je voudrais faire une remarque à propos de la communication très intéressante que M. Poirier nous a faite dans la dernière séance. Il s'agissait d'un malade chez lequel la ponction lombaire, ramenant un liquide teinté, avait permis de faire le diagnostic de fracture du crâne, et, en même temps, avait amélioré notablement l'état du malade.

Or, dans mon service, je viens d'avoir un homme qui y avait été amené dans le coma, avec hémiplégie droite. Le diagnostic était particulièrement difficile. On l'avait trouvé dans cet état au bas d'un escalier. Il s'agissait de savoir si on avait affaire à un ictus hémorragique, ou à des lésions produites par une fracture du crâne. Le diagnostic était ici d'autant plus important, que cet homme avait descendu cet escalier pour un service commandé, et que les intérêts d'une compagnie d'assurances étaient en jeu. Le lendemain de son entrée, l'état du malade ne s'étant pas modifié, je fis faire la ponction lombaire par mon interne M. Bruandet. Il s'écoula un liquide sanguinolent. D'après cet écoulement nous crûmes devoir faire notre diagnostic de fracture du crâne, et, pensant qu'il y avait peut-être compression par hémorragie, nous faisions une trépanation. Celle-ci nous montra que nous étions bien en présence d'une fracture du pariétal, avec enfoncement des fragments osseux, déchirure de la dure-mère, et les circonvolutions sous-jacentes très contusionnées et ecchymosées. Malgré cette trépanation et l'évacuation du sang, l'état du malade restait le même, et trente-six heures après il mourait.

Ce fait semblait donc plaider, comme ceux de mes collègues, en faveur de la valeur diagnostique de la ponction lombaire. Or, j'ai été très désillusionné en voyant que M. Tuffier, qui a une grande compétence en pareille matière, nous disait qu'on ne pouvait pas compter entièrement sur ce moyen de diagnostic, puisque, dans une hémorragie intra-ventriculaire spontanée, il avait pu retirer du liquide céphalo-rachidien teinté, comme dans les cas de fracture du crâne.

Reste alors la valeur thérapeutique. Or, sommes-nous en droit à l'heure actuelle d'avoir plus de confiance dans cette valeur?

On nous a cité des observations où la ponction a été suivie d'une amélioration rapide daus l'état du malade; par contre, en lisant

attentivement les observations fournies par nos collègues, j'en trouve de bien plus nombreuses où la ponction, comme dans mon observation, n'a rien produit. On peut donc se demander si dans les cas heureux il n'y a pas eu de simples coïncidences; nous avons tous vu en effet, à la suite des traumatismes du crâne, des améliorations rapides, sans qu'il y ait eu ponction lombaire. J'ai encore dans mon service un jeune garçon de seize ans qui m'était amené à la suite d'une chute sur le crâne, en plein coma. On se contenta de lui mettre de la glace sur la tête. Quelques heures après son entrée, il reprenait connaissance, le stertor disparaissait, et le lendemain matin il n'y avait plus de symptôme cérébral. Cependant une ecchymose double sous-conjonctivale, qui s'est produite tardivement est venue nous confirmer dans notre diagnostic de fracture de la base. Si nous avions, à son entrée, fait la ponction lombaire, nous serions disposé à attribuer à celle-ci l'amélioration rapide qu'a présentée ce malade. Je crois donc que si on tient compte de tous ces faits, nous devons, jusqu'à plus ample informé, être très réservés pour affirmer la valeur thérapeutique de cette ponction.

M. Tuffier. — Ayant eu deux fois l'occasion, depuis la dernière séance, de pratiquer la ponction lombaire dans des cas de traumatisme cranien, je voudrais revenir sur cette question, afin de préciser quelques points que je n'ai fait qu'effleurer dans la précédente discussion et que ces faits nouveaux font bien ressortir.

1° J'ai dit que l'intensité de la coloration du liquide obtenu par la ponction variait fort probablement avec l'intensité du traumatisme ou plutôt avec l'étendue des lésions. Cette coloration va, disais-je, du rouge cerise au rose clair, et au jaune. Cette dernière teinte peut même être extrêmement atténuée, à tel point que pour la constater il est nécessaire de comparer le tube qui contient le liquide céphalo-rachidien à un tube témoin rempli d'eau pure. La teinte jaunâtre tient au petit nombre de globules rouges, ou bien au pigment normal du sérum, la lutéine, dont Gilbert a étudié les variations chez les différents sujets sous le nom de sérochrome. Les hématies s'accompagnent toujours de lutéine, mais la lutéine peut exister seule ou presque seule quand les globules rouges sont retenus dans les anfractuosités du cerveau (hémorragies intraventriculaires, contusions intra-craniennes) ou dans les mailles d'un caillot. A la longue les hématies arrivent dans le liquide céphalo-rachidien de la région lombaire, et c'est ainsi que le liquide devient secondairement rouge comme dans l'observation ci-dessous. La lenteur de la substitution de la coloration rose ou rouge à la teinte jaune pourrait peut-être, dans certains cas, fournir des

renseignements utiles sur le caractère de l'hémorragie endo-cranienne.

A cet égard, l'observation suivante présente peut-être un certain intérêt.

Obs. I. — Homme de vingt-six ans. Reçoit, le 4 décembre, à 4 heures du soir, une bûche de bois qui porte sur la région du synciput du côté gauche, tout près de la ligne médiane. Perte de connaissance qui dure environ une demi-heure. Le malade recouvre ses sens dans le trajet du lieu de l'accident à l'hôpital, où il est amené environ une heure après.

Le médecin qui a vu le blessé au moment de son accident, a constaté des convulsions du bras et de la jambe du côté droit. Quand le malade entre à l'hôpital, il a son entière connaissance. On constate : une contracture du membre inférieur droit; une parésie du membre supérieur et une contracture beaucoup moins prononcée toutefois qu'au membre inférieur. Abolition du réflexe crémastérien. Rien du côté de la face ni des pupilles.

Localement, on note de la *douleur* dans la région pariétale gauche, plus particulièrement vive en un point voisin de la ligne médiane; une *infiltration sanguine* étendue à toute cette région. On ne trouve pas les signes d'un enfoncement. Pas d'ecchymose mastoïdienne. Pas d'épistaxis. Pas d'otorragie.

La ponction lombaire est pratiquée deux heures après l'accident. Le liquide sort sous forte pression ; il est de coloration légèrement jaunâtre.

Le lendemain, les phénomènes persistent : paralysie avec contracture du membre inférieur droit ; mêmes phénomènes mais plus atténués au membre supérieur. Aucun symptôme nouveau n'est apparu.

Nouvelle ponction lombaire : le liquide est fortement jaunâtre. Par le repos, on voit se déposer du sang au fond des trois tubes.

J'en conclus à un éclatement de la table interne du crâne, avec compression du cerveau par les esquilles. La trépanation me fait découvrir effectivement une fracture du crâne avec enfoncement de la table interne de la voûte avec un volumineux hématome sus-dure-mérien comprimant fortement la surface cérébrale; j'enlève cinq esquilles; la dure-mère est érodée par l'une d'elles, le liquide céphalo-rachidien est sanguinolent. Nettoyage de la poche, drainage ; le malade est aujourd'hui en bonne voie d'amélioration.

Cette observation est, me semble-t-il, assez démonstrative; elle nous permet d'espérer qu'il sera peut-être possible de trouver, dans les caractères du liquide recueilli par des ponctions successives, les éléments du diagnostic différentiel entre les hémorragies sus-dure-mériennes et sous-dure-mériennes.

2° J'ai dit également, dans la dernière séance, que la ponction lombaire ne permettait pas de distinguer les hémorragies médi-

cales intraventriculaires, des hémorragies traumatiques, et je vous en ai apporté la preuve. J'ai ajouté que j'admettais fort bien qu'il en fût de même pour le diagnostic différentiel entre les fractures du crâne et la contusion cérébrale. L'observation suivante vient à l'appui de ce que j'avance, et confirme ce que M. Rochard avait déjà dit sur ce sujet.

Obs. II. — Un homme de cinquante ans a fait, le 7 décembre dernier, une chute d'un échafaudage haut de 2m50 environ. La tête a dû porter contre une échelle (?). Perte de connaissance. Le malade est apporté à l'hôpital une heure et demie après son accident : il a, à ce moment, sa connaissance complète. Il n'a eu ni épistaxis, ni otorragie, ni écoulement de liquide séreux par l'oreille. Le malade a craché un peu de sang, mais qui provenait d'une morsure de la langue.

A l'entrée, on constate une plaie du pavillon de l'oreille du côté gauche, et une plaie du cuir chevelu dans la région temporale du même côté. L'exploration de cette dernière ne révèle ni enfoncement, ni fissure. Pas de paralysie, absence complète de signes diffus ou localisés, témoignant d'une fracture du crâne ou d'une contusion cérébrale.

Ponction lombaire : le liquide sort sous une forte pression, le jet est projeté à 15 centimètres de l'aiguille. Le liquide, recueilli dans trois tubes, est franchement sanguinolent, de couleur rouge cerise, un peu plus foncé dans le premier tube.

Depuis l'entrée du malade, aucun signe nouveau n'est apparu, ni écoulement de sang, ni ecchymose conjonctivale, etc. Le malade se plaint seulement de bourdonnements d'oreille du côté gauche, de maux de tête du même côté. Dans la station debout, il est pris d'étourdissements et d'éblouissements.

Il y a donc lieu de penser que notre blessé a été simplement atteint de contusion cérébrale, et ainsi se trouve confirmé ce que j'ai dit de la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans ces cas.

Telles sont, Messieurs, les deux nouvelles observations que je tenais à vous présenter avec les considérations qu'elles entraînaient.

M. Rochard. — Je voudrais seulement répondre deux mots à M. Reynier. Il est entendu que la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien n'est pas un signe pathognomonique d'une fracture du crâne ; tout au plus, comme dans l'observation que M. Tuffier vient de nous citer, peut-elle servir de renseignement. Quant au but thérapeutique de la ponction lombaire, il est certain qu'il faut être réservé sur ce qu'elle peut donner, mais il

n'en est pas moins vrai que les observations citées dans la dernière séance permettent de dire qu'elle peut être d'une certaine utilité.

Discussion.

Sur les plaies de la moelle.

M. PIERRE DELBET. — De toutes les questions que soulèvent les traumatismes médullaires, je n'en veux envisager qu'une, celle des réflexes. Que deviennent les réflexes lorsque la moelle est lésée? Quels renseignements peut-on tirer de leur étude au point de vue du diagnostic?

Il y a douze ans, cette question paraissait définitivement tranchée. Les physiologistes à l'unanimité proclamaient cette doctrine que je me borne à vous rappeler brièvement, car vous la connaissez : *les réflexes ont la moelle pour siège.* Les centres encéphaliques exercent normalement un rôle phrénateur sur les centres médullaires réflexes. Lorsque la continuité est interrompue entre l'encéphale et la moelle, le rôle phrénateur du premier étant supprimé, les réflexes s'exagèrent.

Cette doctrine paraissait solidement établie quand Bastian la battit en brèche et voulut lui substituer une conception inverse. Pour lui, la *continuité* de l'encéphale avec la moelle est nécessaire à la production des réflexes. Lorsque la moelle est sectionnée, les réflexes, bien loin d'être augmentés, sont totalement abolis dans le segment sous-jacent à la section.

Les divers auteurs : Jackson, Bruns, Crocq, Van Gehuchten, qui admettent que les centres réflexes sont encéphaliques, ne les localisent pas tous de la même façon. Peu importe : je ne veux pas entrer dans ces détails. Avant de chercher en quel point de l'encéphale siègent les centres réflexes, il faudrait bien établir qu'ils sont réellement encéphaliques.

J'ai fait en 1893 de très nombreuses expériences sur ce point. Je ne veux point vous en donner le détail, ce qui serait beaucoup trop long; je me borne à en résumer les résultats.

Dans ces expériences, j'ai étudié trois ordres de réflexes : le réflexe rotulien, le réflexe à la douleur provoquée par des cautérisations avec la fine pointe du thermocautère, et un réflexe particulier que j'ai trouvé chez le chien, et maintes fois observé depuis chez l'homme. Je ne puis lui donner le nom de réflexe des orteils, car M. Babinski a décrit sous le nom de phénomène des orteils

quelque chose de tout différent. Voici en quoi il consiste, et comment on le cherche. On saisit un orteil entre le pouce et l'index, et on exerce sur lui une pression assez énergique, mais cependant insuffisante pour déterminer la moindre douleur. Sous l'influence de cette pression, il se produit une contraction légère mais facilement visible du triceps fémoral. Il faut pincer successivement tous les orteils, car il n'est pas rare que la compression d'un orteil ne produise rien, tandis que celle de l'orteil voisin détermine une contraction très nette. C'est un réflexe pathologique. Il n'existe pas à l'état normal. Sa production indique une hyperexcitabilité de la moelle. On le trouve habituellement chez les pottiques qui ont des troubles médullaires. J'ai encore en ce moment dans mon service un malade qui le présente de la manière la plus nette.

Il est possible que tous ces réflexes soient, dans certains cas, dissociés. Il est possible même que leur dissociation ait une certaine valeur diagnostique. Mais je ne suis pas suffisamment documenté sur ce point qui demande de nouvelles recherches. Aussi, dans le court résumé que je vais vous donner de mes expériences, j'envisagerai ces trois ordres de réflexes simultanément.

J'ai fait cinq fois sur des chiens la section transversale complète de la moelle et de la dure-mère dans la région dorsale inférieure. L'effet immédiat de la section est variable. Tantôt il y a une abolition complète des réflexes qui dure de quinze à quarante minutes, tantôt il se produit des convulsions, tantôt rien du tout. Mais, quel que soit l'effet immédiat, le résultat définitif est toujours le même : c'est une énorme exagération des réflexes, qui persiste jusqu'à l'épuisement qui précède la mort.

Voilà le fait; il est indéniable. Mais on peut en donner des interprétations variées. Il n'en découle pas nécessairement que l'augmentation des réflexes soit due à la suppression du rôle de l'encéphale : elle peut être due à de bien autres causes, et je me suis demandé si l'écoulement de liquide céphalo-rachidien n'était pas l'une de ses causes.

Pour voir ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans cette hypothèse, j'ai sectionné la moelle entre deux ligatures, qui, comprenant à la fois la moelle et la dure-mère, empêchaient le liquide céphalo-rachidien de s'écouler. Puis, ayant constaté qu'une ligature serrée sectionne la moelle sans couper la dure-mère, je me suis borné à faire des ligatures serrées.

Dans cette nouvelle série d'expériences (1), l'exagération des réflexes a été certainement moins marquée que dans la première,

1. Je laisse de côté des expériences de compression médullaire dont les résultats n'ont pas grande importance pour la discussion actuelle.

mais elle a cependant été incontestable, sauf dans un cas où l'abolition est restée complète jusqu'à la mort.

Ces derniers résultats, bien qu'ils manquent de netteté, ont cependant une réelle importance. Ils montrent que la solution de continuité de la moelle n'est pas tout : ils montrent que d'autres facteurs interviennent puisque, en changeant les conditions expérimentales, on modifie les résultats, et cela nous enseigne qu'il faut être ménager d'affirmations, et ne pas tirer de conclusions trop catégoriques des faits expérimentaux, ni surtout des traumatismes dont les conditions sont si multiples et si délicates qu'il est impossible de les analyser toutes.

Ces expériences permettent de douter du rôle phrénateur que l'ancienne physiologie attribuait aux centres encéphaliques. Elles conduisent à penser que l'exagération ou la suppression des réflexes consécutives aux sections médullaires peut être due à d'autres causes.

En tout cas, il n'en reste pas moins que l'exagération des réflexes est la règle après les sections médullaires.

« Cela est vrai des chiens, nous disent les partisans des doctrines nouvelles, mais des chiens seulement. Chez l'homme les choses se passent tout autrement. »

Voilà, Messieurs, une argumentation qui me paraît singulièrement teintée d'animisme, pour ne pas dire de métaphysique. Elle n'est point nouvelle, cette doctrine, d'un caractère plus religieux que scientifique, qui veut séparer complètement l'homme des autres animaux !

S'il est une notion bien établie en biologie, c'est celle de la continuité dans la longue série des êtres vivants. La matière vivante, depuis les temps infiniment reculés où elle s'est constituée au fond de quelque marais, a, par une longue suite de transformations et d'adaptations progressives, produit tous les êtres, et nulle part, dans la série, on ne trouve de brusque coupure. Peut-on admettre que chez des animaux aussi voisins les uns des autres que le sont les mammifères, un même organe, la moelle, constitué chez tous sur le même type anatomique, ait chez quelques-uns un rôle tout différent de celui qu'il a chez les autres? Peut-on admettre que les réflexes, qui jouent un si grand rôle dans la vie, puissent fonctionner chez l'homme tout autrement que chez les animaux?

Il est vrai qu'aujourd'hui on range le singe avec l'homme pour l'opposer aux autres mammifères. Cela donne à la doctrine une apparence plus scientifique, mais une apparence seulement.

Et d'ailleurs, s'il était vrai que la section de la moelle abolisse toujours les réflexes chez l'homme, on ne serait peut-être pas autorisé à ranger les singes dans le même groupe, car Gendrassik

nous dit que chez eux les réflexes restent normaux après section médullaire, et que, dans les cas où ils sont abolis, ils reparaissent exagérés quelques jours après.

Mais, Messieurs, je n'insiste pas davantage sur ces objections d'ordre rationnel. Il ne s'agit pas de savoir si cette prétendue différence entre l'homme et les animaux est possible, mais bien s elle est.

Or, je ne crois pas qu'on soit autorisé à l'affirmer.

Rappelez-vous bien, Messieurs, la théorie de Bastian. Elle affirme que la continuité entre l'encéphale et la moelle est nécessaire à la production des réflexes. Si donc, comme le disait le professeur Brissaud, à propos des myélites transverses, nous trouvons un seul cas où chez l'homme des réflexes se soient produits après section de la moelle, la théorie est ruinée, et c'est à d'autres causes que la suppression de la continuité entre l'encéphale et la moelle qu'il faudra attribuer la suppression des réflexes lorsqu'elle se produira.

Eh bien, M. Laborde et d'autres ont constaté des réflexes chez les *suppliciés*. Cela suffit pour qu'on ne puisse admettre dans son intransigeance la doctrine de Bastian.

En nous en tenant à des traumatismes moins définitifs que la décapitation, il n'est pas besoin de chercher bien loin pour trouver des faits démonstratifs.

Mon ami Walther, dans la communication qu'il nous a faite, nous a dit que son observation cadrait avec les idées de Bastian. Je ne suis pas du tout de son avis. En effet, il signale que, trois semaines avant la mort, les mouvements réflexes avaient reparu dans les membres inférieurs. Or, la moelle était complètement sectionnée ; elle l'était restée, car la moelle coupée ne se répare pas. Si donc des réflexes ont reparu, c'est que l'intervention de l'encéphale n'est pas nécessaire à leur production : et cela est contraire à la théorie de Bastian.

Voici un autre fait qui a été publié récemment. Kausch, en faisant une trépanation vertébrale pour un mal de Pott, coupe complètement la moelle en travers. Les réflexes disparaissent : mais ils reparaissent au bout de vingt-deux heures, s'augmentent et restent augmentés jusqu'à la mort, qui survient cinq mois et demi après.

On m'objectera que ce sont là des réflexes *pathologiques*. — Sans doute, puisqu'il s'agit de traumatismes, — mais s'il est bien certain qu'un processus pathologique quelconque peut modifier une fonction en plus ou en moins, personne ne voudra admettre qu'il puisse la créer, surtout lorsqu'il s'agit d'une fonction ausssi délicate et aussi importante que la fonction réflexe.

Je ne crois donc pas que la doctrine de Bastian soit vraie. — Je ne crois pas qu'on soit autorisé à soutenir que les réflexes ont leur siège dans l'encéphale. *L'ancienne doctrine qui reconnaissait à la moelle le pouvoir excito-réflexe me paraît rester debout.*

Mais si de la théorie on passe à la pratique, force est bien de reconnaître que très souvent chez l'homme, à la suite des sections traumatiques de la moelle, les réflexes sont abolis. Il faut donc chercher quelle est la valeur diagnostique des réflexes.

C'est là le côté pratique de la question et il est important, car si, comme le veut la doctrine nouvelle, la suppression des réflexes indique que la moelle est coupée, c'est-à-dire que la lésion est irréparable, il n'y a qu'à s'abstenir.

Je sais bien que quand la moelle est coupée, il n'y a rien à redouter de l'acte opératoire. Je n'ai pas oublié l'admirable plaidoyer de Malgaigne en faveur de l'intervention dans les traumatismes de la colonne vertébrale ; je sais bien qu'il avait raison de s'écrier : « Le danger, il est là, dans votre inaction, et si grand que rien ne saurait l'augmenter. » Il n'en est pas moins vrai que nul n'entreprendrait une opération, sachant pertinemment qu'elle ne peut avoir aucun effet utile.

La question pratique qui se pose actuellement est donc celle-ci : La suppression totale des réflexes indique-t-elle une section complète de la moelle, une lésion irréparable? Commande-t-elle l'abstention?

Cette question ne se pose naturellement que s'il existe une paralysie complète de la motricité et de la sensibilité.

J'ai esayé de la résoudre *expérimentalement.* Mon objectif était de produire une lésion qui fût suffisante pour entraîner une paralysie complète, tout en restant réparable. Ce n'est point chose facile que de déterminer cette lésion minima. Je ne vous entretiendrai point des nombreuses tentatives que j'ai faites infructueusement. Je n'ai réussi qu'une fois, et par hasard. J'avais mis à nu la moelle dorsale d'un chien, ou plutôt la dure-mère, et j'allais traumatiser la moelle, lorsque je me suis aperçu que le train de derrière de l'animal était complètement paralysé. Je me suis arrêté.

J'avais produit sans le savoir la lésion minima que je cherchais à réaliser depuis longtemps. La paralysie sensitive et motrice de l'arrière-train était complète, mais elle a guéri. La guérison a demandé plusieurs mois, mais l'animal a recouvré l'usage de ses membres paralysés. Il ne lui était resté de sa paralysie qu'une sorte de petit mouvement de bascule du train de derrière, qui se produisait parfois lorsqu'il voulait gambader ou sauter.

En bien, chez cet animal, qui a guéri, les réflexes étaient restés

complètement abolis pendant plusieurs jours après l'opération.

Après cette preuve expérimentale, en voici *une autre d'ordre clinique*. Elle est moins complète parce que le malade est mort, et que l'autopsie n'a pu être faite : elle me semble cependant suffisamment démonstrative.

Je résume brièvement l'observation, car elle a été publiée dans un volume de clinique. Il s'agissait d'un homme qui était tombé d'une hauteur de quatre étages. Il fut apporté dans le service de M. Duplay, que j'avais alors l'honneur de suppléer. Outre une fracture du radius, des contusions et plaies multiples, il avait une fracture de la dixième ou onzième vertèbre dorsale. La paralysie sensitive et motrice des membres inférieurs était complète, et lorsque je le vis, le lendemain de l'accident, les réflexes étaient complètement abolis. Je me suis bien gardé d'en conclure que la moelle était totalement sectionnée, et j'ai réduit le déplacement vertébral. Or, le lendemain, la sensibilité avait reparu, et le malade faisait exécuter à ses membres inférieurs quelques mouvements volontaires.

L'une des plaies que portait le malade à l'avant-bras gauche est devenue l'origine d'un phlegmon diffus auquel il a rapidement succombé, et, comme je vous l'ai dit, l'autopsie n'a pu être faite. Mais la réapparition de quelques mouvements volontaires prouve indiscutablement que la moelle n'était pas complètement sectionnée.

De tout cela, Messieurs, il me semble qu'on est autorisé à conclure, contrairement aux doctrines nouvelles, que :

1° *La moelle séparée de l'encéphale est encore capable de réflexes*;

2° *La suppression totale des réflexes ne prouve pas que la moelle soit complètement sectionnée.*

Cette dernière conclusion est assez misérable, puisqu'elle est négative. Certes, il vaudrait mieux connaître des signes permettant de diagnostiquer l'état de la moelle ; mais, en attendant qu'on les ait trouvés, il pourra être bon de savoir que, contrairement à la doctrine nouvelle, la suppression des réflexes après un traumatisme médullaire ne commande pas l'abstention.

M. Lucas-Championnière. — Je vous présenterai dans la prochaine séance un malade qui a été atteint d'un traumatisme de la moelle et je vous donnerai son observation.

M. Routier. — Je vous présenterai dans la prochaine séance les pièces provenant d'un malade qui vient de succomber dans mon service, à la suite d'une luxation complète de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième, ce qui me fait penser que la moelle

devait être singulièrement compromise; nous verrons si elle était simplement comprimée ou si elle était sectionnée; en tout cas, voici son histoire clinique.

Le 5 décembre, à 4 heures de l'après-midi, on apportait un homme de trente-deux ans, fort, robuste, qui était tombé sur la nuque en exécutant un double saut périlleux; il était complètement paralysé au point de vue des mouvements jusqu'au-dessus des épaules; l'anesthésie montait jusqu'aux mamelons; l'intelligence était intacte; la respiration était exclusivement diaphragmatique, la parole très normale, mais amenant vite la fatigue. Il y avait du priapisme.

Je ne connaissais malheureusement pas ce réflexe particulier dû à la pression des orteils, dont vient de nous parler mon ami P. Delbet; je ne l'ai donc pas cherché; mais quant aux réflexes ordinaires, ils étaient tous abolis; le chatouillement de la plante des pieds, le pincement de la peau, la piqûre à l'épingle n'étaient absolument pas perçus et ne donnaient lieu à aucun réflexe; le réflexe rotulien manquait; il n'en a présenté aucun pendant les trente heures qu'il a vécu. Le pouls était à 56 et est resté très lent, avec dédoublement du second bruit du cœur.

Imbu du précepte de Malgaigne, j'ai cherché à réduire la luxation sans succès; j'ai même donné du chloroforme, et nous avons eu un arrêt de la respiration de quelques minutes, après quoi la respiration a repris; à aucun moment jusqu'à sa mort, survenue avec 41 degrés, il n'y a eu de réflexes. — Il a eu de l'anurie depuis son accident jusqu'à sa mort.

M. Terrier. — Les expériences dont vient de vous parler M. Delbet me rappellent quelques remarques que j'ai faites lorsque j'ai été élève à Alfort, puis prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Le professeur Colin, d'Alfort, faisait des expériences sur la section de la moelle, chez le cheval; ses recherches avaient lieu en présence de Brown-Séquard. Eh bien, nous avons constaté qu'avant que la dure-mère fût ouverte, il y avait des *phénomènes de paraplégie* — comme dans la deuxième série d'expériences de M. Delbet.

Comment expliquer ce phénomène? Ces chevaux, qui n'étaient pas endormis, se remuaient énormément. La section des muscles, l'ablation des apophyses épineuses des vertèbres s'accompagnaient d'une perte sanguine considérable, et l'opération était tellement émouvante que j'ai vu Brown-Séquard se trouver mal. Eh bien, ce sont probablement toutes ces circonstances qui engendraient

du côté de la moelle un traumatisme expliquant les phénomènes de paraplégie observés.

Lorsque j étais prosecteur à la Faculté de médecine, j'ai préparé avec Carville le cours du professeur Longet. J'ai refait ces expériences sur la moelle chez des chiens. Pas plus qu'à Alfort, nous n'avions beaucoup de pitié pour ces animaux, et ne les endormions pas. L'attaque de la colonne vertébrale était plus facile chez les chiens que chez le cheval, mais Longet nous recommandait toujours d'éviter de contusionner la moelle en la mettant à découvert : la section des vertèbres pouvant amener des épanchements, contusionner la moelle et produire des phénomènes de paraplégie.

Le professeur Longet connaissait donc bien ces réactions possibles et nous recommandait de les éviter.

Dans le cas de M. Delbet, des phénomènes semblables se sont produits.

En résumé, avant que la moelle ne soit découverte, il peut y avoir des traumatismes légers dus à l'opération, et qui s'accompagnent de paraplégie.

M. Reclus. — Je pourrais vous citer l'observation d'un officier tombé de cheval au bois de Boulogne et qui eut une fracture des vertèbres dorsales accompagnée d'une paraplégie motrice et sensitive des membres inférieurs. Les réflexes étaient absolument abolis. Je vis le malade avec M. le professeur Tillaux d'abord, puis avec le Dr Chipault. Ce dernier déclara, au nom de la physiologie, que le blessé était irrémédiablement perdu. Six mois après, il était guéri, regrettant d'avoir donné sa démission d'officier de l'armée française. J'ajoute qu'il est percepteur d'une grande commune et qu'il y remplit ses fonctions sans fatigue.

Communication.

Note à propos d'un cas de duodénostomie,

par M. HENRI HARTMANN.

La rareté des observations de *duodénostomie* publiées m'engage à vous relater l'histoire d'une de mes malades chez laquelle l'indication de cette opération m'a paru se présenter.

Braune, le premier, eut en 1876 l'idée de cette opération, qu'il n'a du reste jamais exécutée sur le vivant, mais qu'il a étudiée sur le cadavre. On pourrait, nous dit-il, faire à droite sur la deuxième

portion du duodénum ce qu'on fait à gauche sur la portion descendante du côlon, et pratiquer la *duodénostomie lombaire* comme on pratique la colostomie lombaire (1).

En 1879, Carl Langenbuch fait l'*opération en deux temps* et *par la voie antérieure* chez une femme atteinte de carcinose stomacale diffuse (2).

Southam (3), puis Jessett (4), pratiquent de même la *duodénostomie antérieure en deux temps.* Notre observation est la première observation française, nous pourrions même dire la première *duodénostomie en un temps*, publiée ; nous disons publiée et non exécutée, parce qu'il nous semble probable que l'opération si simple que nous avons faite a dû être faite par d'autres. Nous avons trouvé dans la thèse récente de Kolbe (5), passée à Lausanne, que notre ami Roux avait fait une duodénostomie ; malheureusement nous n'avons pu nous procurer cette observation, que le professeur Roux n'a pas retrouvée et sur laquelle il ne nous a pas envoyé de détails (6).

Quoi qu'il en soit, voici notre observation (7) :

Observation. — B... Bl..., trente ans. Le 28 avril 1901 la malade avale par mégarde une gorgée d'acide chlorhydrique. Elle éprouve immédiatement une violente sensation de brûlure, de déchirement le long de l'œsophage. Un médecin consulté ordonne du lait, de l'eau de Vichy, et prescrit une potion indéterminée que la malade absorbe par cuillerées à café de quart d'heure en quart d'heure.

Son état ne s'améliore pas les jours suivants, et le 1er mai elle entre dans le service d'un de nos collègues. Elle se plaint à cette époque d'une douleur peu vive au niveau du creux épigastrique, mais elle éprouve une telle difficulté à la déglutition qu'elle ne peut avaler même les aliments liquides, qu'elle rend immédiatement après leur ingestion par une sorte de régurgitation. On la sonde, on ne trouve pas de rétré-

(1) Braune (Wilh.). Ueber die operative Erreichbarkeit der Duodenum. *Archiv der Heilkunde*, Leipzig, 1876, t. XVII, p. 315.

(2) Langenbuch (C.). Duodenostomie. *Verhandlungen der Deutsch. Gesellschaft f. Chir.*, 8e Congress, Berlin, 9 avril 1880, p. 56.

(3) Southam (F.-A.). A case of duodenostomy. *Brit. med. J.*, London, 14 June 1884, t. I, p. 1146.

(4) Jessett (F.-B.). Duodenostomy and gastro-enterostomy. *Lancet*, London, 1888, t. I, p. 662.

(5) Kolbe (Robert S.). Le cancer de l'estomac et son traitement chirurgical. *Thèse* de Lausanne, 1901.

(6) On trouve encore généralement mentionné un cas de Billroth, 1881. Il ne s'agissait pas d'une duodénostomie. Billroth avait ouvert l'estomac et insinué par l'incision faite à celui-ci une sonde traversant le pylore pour aller dans le duodénum (*Brit. med. J.*, 1881, t. I, p. 656).

(7) Observation rédigée par mon interne, M. Prat.

cissement de l'œsophage et on la renvoie. Sur le conseil de notre collègue et ami Soupault, elle vient alors le 3 juin 1901 nous trouver.

Son amaigrissement est extrême, de 23 kilogrammes; elle ne pèse, lorsque nous la voyons, que 29 kilogrammes; elle a une sensation continue de faim qu'elle ne peut satisfaire. Toute tentative d'alimentation reste vaine. Les aliments, dit la malade, semblent arrêtés à quatre travers de doigt au-dessous de la fourchette sternale, et presque aussitôt que déglutis ils sont rejetés par la bouche. De plus la malade a des vomissements glaireux survenant surtout après les tentatives d'absorption des liquides. — La gorgée liquide, avalée, est immédiatement régurgitée, et son rejet est bientôt suivi de l'expulsion de quelques matières glaireuses.

L'auscultation et la percussion du thorax ne décèlent aucun signe anormal. La température : 37°4 le soir; 37 degrés, le matin.

Le cathétérisme de l'œsophage est pratiqué. Toutes les bougies sont arrêtées à 45 centimètres de l'orifice buccal, il n'y a donc pas de rétrécissement œsophagien, mais l'estomac est petit.

Le 4 juin, lendemain de son entrée, la malade, dont l'état général est précaire, est opérée.

Anesthésie au chloroforme par Preciado. Opérateur, M. Hartmann. Aides : Prat et Magin.

Incision médiane entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Ouverture de l'abdomen. L'estomac, très rétracté, ratatiné, est réduit à une sorte de boudin du volume d'un intestin qui serait très musclé. La région pylorique est étranglée et est manifestement le siège d'un rétrécissement cicatriciel. Le tissu cicatriciel apparaît même à l'extérieur sous l'aspect d'une bride un peu en amont du pylore. L'estomac est piqueté, congestionné, et semble enflammé dans sa totalité. Tout abaissement en est impossible et la surface abordable en serait trop restreinte pour pratiquer une gastro-entérostomie.

Dans ces conditions nous nous décidons à faire une bouche sur la première partie du duodénum, immédiatement à droite du pylore.

Suture séro-séreuse du duodénum au péritoine. Nous fermons le péritoine au-dessus et au-dessous de la suture fixatrice du duodénum; puis, dissociant un faisceau du grand droit du côté droit, faisant passer au-dessous de lui, comme sous une sangle, la portion extériorisée de l'intestin, nous l'amenons à travers la boutonnière faite au muscle et nous en suturons la convexité à l'aponévrose. Nous ouvrons alors l'intestin par une incision extrêmement petite et nous fixons la muqueuse duodénale à la peau par quatre points à la soie fine.

Alimentation immédiate avec une sonde de Nélaton n° 12. 250 grammes de lait tiède sont introduits dans l'intestin, qui les conserve.

Pansement à la gaze stérilisée, saupoudrée de carbonate de magnésie; sérum, 500 grammes au réveil. La malade a bien supporté l'intervention. Le soir, 500 grammes sérum. Température, 38 degrés; pouls, 90. Bon état général.

Le 5 (2e jour), sérum, 300 grammes; deux selles spontanées. Température matin : 37 degrés. Température soir : 37°8.

Le 6 (3e jour), l'alimentation par la bouche duodénale est reprise, et nous donnons, avec une sonde rouge de Nélaton n° 12, un repas de 300 grammes de lait tiède avec un œuf battu. Une selle spontanée. La malade a un bon état général. Température matin : 37 degrés. Température soir : 38 degrés. Ventre souple, indolore.

Le 7, selle spontanée. Température : matin, 37°3; soir, 38°2.

Le 8 (5e jour), deux repas composés chacun de 300 grammes de lait et d'un œuf.

Le 10 (7e jour), deux repas composés chacun de 500 grammes de lait et de deux œufs. La température oscille désormais entre 36°8 et 37°4.

La malade a remarqué que, pendant son repas, elle ressent presque régulièrement de petites coliques qui durent un quart d'heure ou vingt minutes environ. Elles se terminent par une évacuation diarrhéique où il semble que l'on reconnaît du lait et des œufs mal digérés.

Depuis que l'alimentation de la malade est commencée, la sensation pénible de faim a disparu. Les tiraillements d'estomac ont cessé. Pendant les repas, la malade n'a pas de réflexes du côté de ses glandes salivaires.

Par les voies naturelles, la malade n'absorbe qu'un peu d'eau sucrée qui, depuis l'opération, est déglutie avec facilité par petites gorgées; elle n'a plus de régurgitations glaireuses.

Le 13 juin (10e jour), ablation des fils cutanés qui coupent un peu le tégument. Les compresses de gaze sont mouillées par le reflux partiel des aliments de la veille. Deux selles où l'on a reconnu quelques grumeaux de lait.

Le matin, repas de 500 grammes de lait avec trois œufs; 2 grammes de sous-nitrate de bismuth sont incorporés aux aliments. Après l'ingestion du repas, le liquide tend à refluer par la bouche duodénale. Il nous suffit de faire asseoir quelques instants la malade pendant que nous maintenons un tampon sur l'orifice duodénal, pour voir la fistule rester ensuite continente.

14 *juin* (11e jour). — Dans le pansement du matin, petite quantité de bile qui a humecté les compresses de gaze. L'alimentation est toujours suivie d'une selle diarrhéique.

15-16 *juin* (12e et 13e jour). — Les repas comportent cinq œufs par jour. L'alimentation est très bien supportée. Pas de coliques pendant l'ingestion. La bouche est complètement continente. Par jour, deux selles sans lientérie.

18 *juin* (15e jour). — Un peu de diarrhée. Trois selles. Température du matin : 36°6; soir, 36 degrés. Quelques gouttes de laudanum sont incorporées aux repas. Depuis deux jours, la malade sent que vers les 4 heures du matin il s'échappe un peu de liquide brûlant par sa fistule. En effet, le pansement du matin est humecté, alors que ceux de la journée restent secs, et, autour de la bouche duodénale, sur une étendue de pièce de 2 francs, la peau est légèrement irritée en rouge vif.

Les jours suivants, tout rentre dans l'ordre; trois repas sont quotidiennement donnés (8 heures, 2 heures, 6 heures). A signaler, le 19 juin, un vomissement d'environ un verre à boire de liquide trouble,

où la malade prétend avoir reconnu un peu de lait caillé. Le 24 juin, crise de diarrhée légère.

L'état de la malade s'est amélioré progressivement depuis le jour de l'opération. Son aspect extérieur est très heureusement modifié. Le 29 juin, elle pèse 35 kilogrammes. Elle a donc augmenté de 6 kilogrammes en vingt-cinq jours.

Elle quitte l'hôpital le 6 juillet, en parfait état, après avoir appris à s'alimenter elle-même par la fistule (Introduction, par la bouche duodénale, d'une sonde de Nélaton en caoutchouc rouge n° 12, préalablement huilée. Un entonnoir en verre est relié par un tube à cette sonde. Le lait et les œufs battus sont introduits lentement, tiédis au bain-marie, et après filtration sur une étamine).

Pendant trois jours, chez elle, la malade continue à bien se porter. Le quatrième jour, à 6 heures du matin, en se réveillant après une nuit normale, et sans avoir commis, affirme-t-elle du moins, la moindre imprudence de gourmandise, elle est prise d'une « espèce de mal de cœur » suivi d'un vomissement de matières blanchâtres, ayant très mauvais goût.

A 9 heures, on lui donne cependant son repas par la fistule; le liquide ressort immédiatement. A partir de cet incident, la malade rejette parfois par la bouche les mêmes matières et elle a une sensation d'étouffement presque continue le jour et la nuit. Elle est obligée de s'asseoir sur le bord du lit et ne se sent un peu soulagée que lorsqu'elle a vomi; cependant, la sensation d'étouffement ne disparaî jamais complètement.

L'état général de la malade recommence à décliner. Elle entre à l'hôpital, de nouveau, le 16 juillet.

Malgré le repos absolu au lit, la malade continue à vomir un liquide gris roux, puriforme, dans lequel nage une matière plus dense ressemblant à du pus délayé. L'odeur de ce liquide est aigre et fétide. L'examen microscopique y révèle des sarcines et des filaments, avec des éléments microbiens indéfinis.

Il est très difficile d'obtenir de la malade une diète absolue. Elle boit de l'eau, de l'eau de fleurs d'oranger, etc... La fistule duodénale est en partie incontinente; elle laisse écouler, soit de la bile pure, soit un mélange de bile et du lait injecté.

L'auscultation du thorax est négative.

Des lavements alimentaires sont prescrits.

26 *juillet*. — La malade vomit toujours. Sensation d'étouffement continue. Amaigrissement progressif. Facies terreux. Mains froides et violacées.

Langue un peu sèche, blanche au milieu, rouge sur les bords. La température a toujours oscillé autour de 37 degrés.

Au début d'un repas (lait et œufs) donné par sa fistule, la malade est prise d'une douleur au niveau du creux épigastrique, avec une sensation de constriction à la gorge. En même temps, si l'on retire la sonde, on voit le liquide alimentaire refluer au dehors comme s'il était chassé par une contraction intestinale. Cette sensation douloureuse

est tout à fait passagère, et le reste du repas est absorbé très facilement.

Les jours suivants, les phénomènes pathologiques s'accentuent. Etouffements de plus en plus pénibles, vomissements, amaigrissement, etc... La malade refuse même de se laisser alimenter par la fistule, réclame à boire par les voies naturelles. Lavements alimentaires, sérum artificiel sous la peau, etc.

Malgré tout, l'affaissement augmente, la voix se casse, les extrémités se refroidissent, le pouls diminue, la température baisse (36 degrés le 30 juillet) et la malade meurt le 2 août 1901.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Cadavre extrêmement amaigri, bien conservé.

Le tube œsophagien ne présente pas de rétrécissement pathologique ; la muqueuse y est partout continue, formant des plis verticaux parallèles. Les parois en sont souples dans toute leur étendue. Pas de périœsophagite. Au cardia, le revêtement muqueux est partout continu et le changement d'aspect des deux muqueuses, œsophagienne et stomacale, y est très manifeste. La longueur de l'œsophage, détaché du cadavre, après vingt-quatre heures de séjour dans une solution de formol, mais mesuré après étirement maximum, est de 23 centimètres du bord inférieur du chaton cricoïdien au cardia.

Les lésions de l'estomac sont, en revanche, très profondes. Ce viscère renferme une quantité de liquide évaluée approximativement à 800 gr., sorte de purée roussâtre, purulente, fétide et aigre, semblable à celle que vomissait la malade. La muqueuse est profondément altérée dans toute son étendue ; elle est en bouillie. Au niveau de la grosse tubérosité, à 4 centimètres du cardia environ, on trouve une ulcération très vaste, de l'étendue d'une paume de main, à bords limités franchement par le rebord de la muqueuse qui cesse brusquement à son niveau. Le fond en est formé par la musculeuse dont on voit les travées saillantes, et, tout à la partie la plus profonde de cette ulcération, en un point correspondant à la rate, la paroi stomacale est exclusivement constituée par la séreuse épaissie, mais extrêmement friable. Dans le reste de l'estomac, la muqueuse et la sous-muqueuse ont, par endroits, entièrement disparu, et on voit au-dessous les travées de la musculeuse, comme des colonnes d'une vessie de prostatique. La région pylorique est épaissie, scléreuse. Sur la face séreuse de l'estomac, on voit, à l'union de l'estomac et du duodénum, comme un sillon fait par un lien circulaire constricteur. Sur la face muqueuse, la lumière pylorique est très diminuée et laisse passer seulement un instrument du volume d'un petit crayon. La muqueuse duodénale est, au contraire, d'apparence tout à fait saine. Elle est continue, souple, sans lésions visibles.

La bouche duodénale est très satisfaisante. L'adhérence de l'intestin à la paroi est très limitée. Il n'y a pas trace de péritonite autour de la bouche ; les muscles sont en contact avec l'intestin. Une sonde pénètre du côté de l'estomac par un trajet qui est des dimensions mêmes de l'instrument, c'est-à-dire très étroit, tandis que du côté de l'intestin,

l'instrument pénètre avec grande aisance et se meut largement dans l'orifice du conduit.

Les autres viscères de la malade étaient tous d'apparence saine (poumons, cœur, foie, rein, rate). Pas de périsplénite. Quelques adhérences molles dans l'arrière-cavité des épiploons. Ganglions trachéo-bronchiques anthracosés. Un d'eux est dégénéré au centre, en transformation crétacée-caséeuse.

Tous les organes sont de dimensions réduites, mais le cadavre de la femme est lui-même de petite taille.

Cette malade, après une amélioration temporaire due à la duodénostomie, amélioration caractérisée par une augmentation de 6 kilogrammes, est finalement morte des suites d'une suppuration gastrique. L'apparition rapide des accidents, dès que la malade, très indocile, a cessé d'être sous notre surveillance, nous fait croire qu'elle a dû se livrer chez elle à des essais intempestifs d'alimentation par la voie buccale, essais qui ont réveillé l'inflammation gastrique dont les symptômes avaient progressivement disparu sous l'influence du repos absolu de l'organe.

En tous cas, l'alimentation duodénale, avant l'apparition de ces accidents gastriques, avait rendu à notre opérée ses forces et amenée une notable augmentation de poids. Aussi cette observation nous semble-t-elle plaider en faveur de la duodénostomie.

C'est une opération que l'on peut pratiquer avec avantage dans des cas bien déterminés. Il y a lieu, croyons-nous, d'en appeler de l'ostracisme prononcé, il y a quatorze ans, par Maydl qui, dans son mémoire sur la jéjunostomie, écrivait : « Il ne viendra jamais à l'idée de prendre le duodénum pour y établir une fistule, à cause de son immobilité (1) ».

La pratique des opérations sur l'estomac nous a appris combien était mobile la région pyloro-duodénale, si mobile que Roux, dans son langage imagé, appelle le pylore le facteur rural de l'abdomen. Il est facile, sur le plus grand nombre des sujets, d'amener la première portion du duodénum dans la plaie abdominale, et de faire la duodénostomie. Certes, la jéjunostomie, bien étudiée ici même par le professeur Terrier (2), répond à un plus grand nombre de cas.

Nous croyons que la duodénostomie peut lui être substituée avec avantage chez un certain nombre de malades, dans le cancer

(1) Maydl. Ueber Jejunostomie oder die Anlage einer Ernährung-fistel bei radical inoperable Pylorusenge, *Medizin. Jährbücher*. Wien, 1887, Neue Folge, t. II, p. 539.

(2) Terrier. Jéjunostomie. *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie*. Paris, 1898, t. XXIV, p. 997.

inopérable occupant la totalité de l'estomac mais n'envahissant pas le duodénum, dans les sténoses pyloriques consécutives aux brûlures lorsque tout l'estomac est atteint et que, comme chez notre femme, on ne peut songer à une gastro-entérostomie.

C'est, en somme, une opération applicable aux cas généralement regardés comme justiciables de la jéjunostomie lorsque les lésions contre lesquelles on intervient ne semblent pas devoir s'étendre au duodénum, et envahir secondairement la bouche artificielle, et lorsque celle-ci semble facile à établir par suite de la mobilité de la première portion du duodénum.

Plus haut située que la bouche jéjunale, s'ouvrant dans l'intestin au-dessus des conduits, pancréatique et biliaire, elle lui est évidemment supérieure dans les cas où elle ne présente pas de contre-indication spéciale.

Présentations de pièces.

Appendicite aiguë causée par la présence d'une épingle de laiton.

M. Félizet. — C'est un enfant de huit ans, S... (Albert), très fort et très sain.

Il entra le 29 octobre à l'hôpital Bretonneau, avec tous les signes d'une appendicite aiguë : douleur, vomissement, ballonnement du ventre, sensibilité iliaque droite.

C'était la première crise; elle était survenue subitement, à la sortie de l'école. Le pouls était bon, on attendit.

Les accidents s'amendèrent sous l'influence de la glace et de l'opium; un gâteau induré persista pendant quatre semaines.

L'enfant fut opéré hier à froid.

Le cæcum est recouvert par l'épiploon, qui lui adhère par quelques tractus lamellaires, et qui est intimement fixé à l'extrémité de l'appendice.

Excision d'une frange d'épiploon entre deux ligatures.

L'appendice est long, 7 centimètres au moins, cylindrique, rouge, turgescent et particulièrement raide, avec une légère inflexion.

Ligature et excision, à 4 millimètres du cæcum.

A part la présence d'un gros ganglion occupant le méso et accolé à l'appendice, rien de particulier à signaler.

L'examen de la pièce nous montre, la cavité appendiculaire

étant ouverte dans sa longueur, la présence d'une grosse épingle de tapissier, épingle longue de 32 millimètres et légèrement coudée.

La tête touche le fond de l'appendice, c'est elle qui a pénétré la première; c'est une épingle de laiton, à tête aplatie.

Elle n'a provoqué, sur la muqueuse, que des lésions d'irritation superficielle; pas d'ulcération ni d'érosion.

La cavité contient une petite quantité de mucus louche et n'est nullement distendue.

La couche folliculeuse est visiblement épaissie.

Aucun renseignement sur l'époque et les conditions de l'ingestion de ce corps étranger.

Il eût été très intéressant, si l'on avait pu soupçonner la présence d'un corps étranger, de radiographier la fosse iliaque droite du malade; la radiographie permettrait peut-être de déterminer, dans quelques cas d'appendicite, la présence de calculs ou de grains durs, et nous nous proposons d'y avoir recours à l'avenir.

Hernie ombilicale embryonnaire contenant la presque totalité du foie (hépatomphale).

M. François Hue (de Rouen). — J'ai l'honneur de vous présenter d'une part le moulage et d'autre part les pièces d'une hernie ombilicale embryonnaire pour laquelle j'ai failli intervenir avec quelques chances de succès, ainsi que vous en pourrez juger.

Au mois d'octobre dernier, on apporta à la consultation de l'Hospice Général de Rouen un enfant âgé de vingt-quatre jours, parce qu'il présentait des phénomènes d'athrepsie. Cet enfant portait en avant de l'abdomen une tumeur piriforme tellement volumineuse qu'elle recouvrait tout le bas-ventre, les organes génitaux et la moitié supérieure des cuisses. Ses deux tiers supérieurs étaient recouverts par la peau, d'apparence normale, sillonnée de veines assez grosses remontant vers le thorax. Le tiers inférieur, arrondi, était, au contraire, recouvert d'une sorte de membrane parcheminée, un peu sanieuse, avec quelques plaques plus noires. La photographie du moulage rend assez mal ces particularités ; malheureusement, je n'ai pu faire la photographie pendant la vie, et la tumeur s'est affaissée après la mort. La consistance en était ferme et la percussion dénotait une matité complète partout. Quand on la soulevait, on voyait l'abdomen excavé en bateau, paraissant en grande partie déshabité. Les téguments normaux pouvaient glisser à la surface de la masse contenue et



HERNIE EMBRYONNAIRE OMBILICALE

Photographie du moulage fait après la mort



TOTALITÉ DES VISCÈRES

(CŒUR, POUMONS, ETC)

La masse détachée en avant était seule contenue
dans la hernie et se compose du foie presqu'entier

(*François Hue*)

IMP. LECERF. — ROUEN

on entrevoyait la possibilité d'arriver à les réunir vers le sommet de la hernie.

La famille ne voulut rien entendre et remporta l'enfant avec un pronostic sombre.

Cet enfant, du sexe masculin, était né avant terme, vers la fin du huitième mois. C'était le quatrième de parents bien portants; les trois autres n'avaient présenté aucune malformation ; deux étaient morts à deux mois et à dix mois, sans rien qui puisse faire incriminer la syphilis congénitale. Le survivant a maintenant quatorze ans. Jamais de fausse couche chez la mère.

Je croyais l'enfant mort, quand, quatre semaines plus tard, on me le rapporta dans le service, mais en très piteux état. Malgré tous les soins, il succomba quarante-huit heures après à des accidents de broncho-pneumonie. Il avait vécu sept semaines. A aucun moment il n'eut de symptômes de péritonite, et on n'en trouva pas trace à l'autopsie, ce qui me fait encore plus regretter de n'avoir pu intervenir. Il fut facile de se rendre compte, en effet, que le glissement de la peau doublée du péritoine aurait pu se faire de façon à recouvrir toute la masse au moyen de sutures très simples, et il est vraisemblable que la guérison relative aurait été obtenue par un processus analogue à ce qui se passe dans les guérisons spontanées que l'on a signalées. On sait, en effet, que, dans ces cas, la surface recouverte seulement des éléments du cordon fœtal bourgeonne et que la rétraction cicatricielle se charge d'amener les téguments à recouvrir la portion dénudée.

Le contenu de la hernie, ainsi que vous pouvez le constater, était composé par une masse arrondie formée par le foie seul presque entier. Il restait dans l'abdomen deux petits lobes hépatiques allongés vers la colonne vertébrale. L'un principal, gros comme le pouce, parcouru par la veine ombilicale qui y trace un sillon ; l'autre situé à gauche de celui-ci, tout à fait indépendant, isolé dans l'épiploon gastro-hépatique.

Le duodénum était attiré en avant par le cholédoque, et sa seconde portion était coudée dans le pédicule large de la tumeur, en contact à ce niveau avec le cæcum et son appendice.

Les autres viscères paraissaient normaux et dans une situation normale. Il n'y avait pas de persistance de l'allantoïde.

M. Riche présente un *cancer du rectum*. (M. Hartmann, rapporteur.)

Dilatation volumineuse de la veine poplitée.

M. Ricard. — Je vous présente une dilatation volumineuse de la veine poplitée. Cette dilatation, remplie de caillots, avait le volume d'un gros œuf de poule. *Sauf son siège médian*, sa forme ovoïde, sa consistance rénitente, son indolence rappelaient le kyste classique de la région poplitée.

La veine poplitée était également thrombosée; elle fut liée et réséquée au-dessus et au-dessous du sac. Le nerf sciatique poplité interne était étalé à la surface de la tumeur, qui reposait sur l'artère poplitée.

Il n'y eut aucune suite opératoire.

M. Quénu. — J'ai présenté au Congrès de chirurgie, il y a cinq ou six ans, et vous trouverez d'ailleurs l'indication précise dans la thèse de Robineau, une observation absolument semblable. Il s'agissait d'une phlébite variqueuse de la veine poplitée (qui n'avait d'ailleurs amené aucun trouble circulatoire du côté des membres inférieurs), et que je réséquai, conduite qu'il faut suivre en pareil cas.

M. Ricard. — Je soumets à mes collègues une radiographie d'un de mes malades atteint, depuis plusieurs années, de fistule purulente thoracique à gauche. L'examen de cette radiographie fait croire à une cavité petite, discoïdale, voisine de la fistule. L'opération me montra que la cavité purulente comprenait toute l'étendue du thorax à gauche, de la clavicule au diaphragme en hauteur, et jusqu'à la colonne vertébrale et le médiastin en largeur. La radiographie m'avait donc induit en erreur.

M. Tuffier. — Il me semble qu'il est très difficile, sinon impossible, d'interpréter la radiographie que nous présente M. Ricard. Dans des cas semblables, j'ai toujours recours, pour me renseigner sur les dimensions de la cavité pleurale suppurante, au petit artifice suivant : je place dans cette cavité deux fils métalliques, l'un verticalement, l'autre horizontalement; je fais prendre ensuite deux radiographies dans deux sens différents et j'obtiens ainsi, par l'image des deux fils, les diamètres utiles de la cavité en question.

M. Delorme. — D'après l'inspection de cette radiographie il semble qu'on ait affaire à une cavité large de deux travers de doigt et allongée; cette cavité correspondrait aux portions d'espaces intercostaux clairs. Les diminutions de clarté des espaces

intercostaux pourraient correspondre à des points au niveau desquels le poumon est incomplètement perméable.

M. Quénu. — J'estime que, jusqu'à nouvel ordre, nous ne devons pas accorder une importance par trop grande aux indications fournies par la radiographie, et même la radioscopie, dans la détermination des foyers pleuraux ou pulmonaires.

Je sais un cas où la radioscopie faisait conclure à une dilatation bronchique : on opéra après ponction positive et on trouva une cavité pleurale pleine de pus.

Inversement, j'opérai dernièrement un malade chez lequel un foyer interlobaire devait exister de par la radioscopie ; or, après résection costale, le doigt introduit dans la plaie put explorer et reconnaître saine la scissure incriminée : seuls des épaississements pleuraux correspondaient aux espaces sombres ; c'est là le point spécial sur lequel je veux insister, c'est que les taches sombres peuvent répondre aussi bien à un simple épaississement qu'à un foyer purulent.

M. Guinard. — Dans les cas de fistule pleurale ancienne comme celui dont nous parle M. Ricard, il me semble tout à fait indiqué d'employer le procédé que nous a décrit ici M. Loison. Il injecte dans la cavité une émulsion de sous-nitrate de bismuth dans de la glycérine, et, comme les rayons X ne traversent pas le bismuth, la radiographie donne une tache opaque exactement des dimensions de la cavité.

M. Delorme. — Je m'associe à l'observation de M. Quénu. Des diminutions de clarté irrégulières mais légères des espaces intercostaux analogues à celles qu'on observe ici peuvent tenir également à des opacités de la plèvre pariétale ou viscérale.

M. Tuffier. — M. Quénu vient de nous dire que la radiographie doit toujours être confirmée, au moins en chirurgie pleuro-pulmonaire, par la radioscopie. Je ne puis qu'approuver ces paroles : la radioscopie nous fournit, dans ces cas, des renseignements beaucoup plus précis que la radiographie, et il serait coupable de n'y pas recourir, surtout quand la radiographie donne des résultats aussi obscurs que ceux qu'on peut constater sur l'épreuve de M. Ricard.

M. Ricard. — Je pourrais citer des cas à M. Tuffier où l'introduction de fils métalliques ne donna rien de net à la radioscopie, et d'autres faits où l'opacité totale fit croire à tort à une

grande cavité, alors qu'il n'y avait qu'une cavité en nappe. J'ai apporté cette épreuve pour démontrer que la radioscopie et la radiographie étaient loin de donner les résultats qu'on escomp tait pour la chirurgie pleuro-pulmonaire.

M. Quénu. — Le cas de M. Ricard nous démontre encore que nous ne devons accorder qu'une confiance relative dans les résultats fournis par la radiographie dans le diagrostic des foyers pleuro-pulmonaires, au moins jusqu'à nouvel ordre; c'est tout ce que j'ai voulu dire.

M. Delorme. — Je ne me croirais pas autorisé à douter autant que le fait M. Quénu de la valeur de la radiographie pour le diagnostic de ces lésions pleuro-pulmonaires. Cette radiographie n'a pas dit son dernier mot. La question est à *l'étude.*

Kyste tubo-ovarien.

M. Michaux. — Je présente à la Société de chirurgie une pièce intéressante de *kyste tubo-ovarien* que j'ai enlevé ce matin même chez une femme de quarante-deux ans dans mon service de Lariboisière.

Comme on peut le voir sur cette pièce, il existe une communication entre un kyste en apparence ovarien et la trompe dilatée du volume du doigt.

A la face interne de la paroi du kyste, on voit l'orifice de communication du kyste et de la trompe. Cet orifice mesure environ un centimètre; comme dans les observations analogues, il est strié de petits plis divergents en très petit nombre; ces plis ne sont autre chose que les franges du pavillon de la trompe.

Ces observations sont tout à fait analogues à celles que mon collègue et ami Legueu a décrites et dessinées dans le *Traité de Gynécologie* qu'il a fait paraître avec M. Labadie-Lagrave.

Les faits de ce genre ont été peu étudiés dans notre pays; mais en Allemagne et en Amérique ils ont fait l'objet de mémoires nombreux qui manquent d'ailleurs de conclusions fermes sur la pathogénie de cette affection. Je ferai seulement remarquer que dans ma pièce, l'ovaire est absolument distinct de la poche; la trompe paraissait avoir sa longueur normale, elle était dilatée partout comme dans un cas moyen d'hydrosalpinx; le kyste se

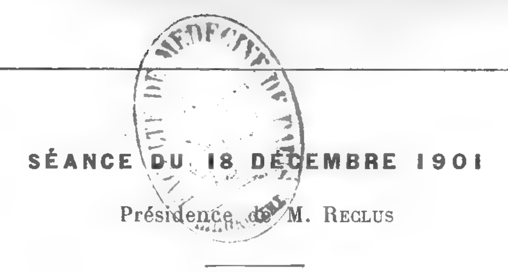
vidait imparfaitement par la trompe comme s'il y avait eu une soupape, un clapet qui fermât l'orifice de communication.

La paroi du kyste était lisse, assez épaisse et paraissait distincte du pavillon de la trompe. Un examen histologique soigné sera fait et je vous en communiquerai les résultats. Enfin, dernière particularité, le kyste présentait un commencement de torsion dans le sens des aiguilles d'une montre.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette



SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1901

Présidence de M. Reclus

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Potherat qui, retenu en province par la maladie de l'un des siens, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Deux lettres de MM. Ricard et Rochard qui, juges de l'internat, demandent à être mis en congé pendant la durée du concours.

4°. — Un travail de M. le Dr de Rouville (de Montpellier), intitulé : *Étranglement intra-sacculaire par bride. Laparotomie.* — Le travail de M. Rouville est renvoyé à une commission dont M. Rochard est nommé rapporteur.

5°. — Un travail de M. le Dr Levêque (de Saint-Germain-en-Laye), intitulé : *Obstruction intestinale par calcul biliaire. Laparotomie et entérectomie. Extraction du calcul. Guérison.* Le travail de M. le Dr Levêque est renvoyé à une commission dont M. Rochard est nommé rapporteur.

6°. — Une observation de M. le Dr Juvara, intitulée : *Un cas de fracture de la colonne vertébrale au niveau de la région lombaire. Fracture bilatérale d'un arc vertébral suivie de l'enfoncement des*

fragments. Opération deux mois après l'accident. Guérison et grande amélioration dans l'état des fonctions médullaires. — Le travail de M. Juvara est renvoyé à une commission dont M. Delbet est nommé rapporteur.

7°. — Une observation de M. le Dr Estienny (de Toulouse), intitulée : *Un cas de typhlite ou cæcite herniaire suppurée.* — Le travail de M. le Dr Estienny est renvoyé à une commission dont M. Quénu est nommé rapporteur.

8°. — Une lettre de M. le Dr Toubert, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Quénu. — Voici le résumé de l'observation à laquelle j'ai fait allusion à propos de la présentation de M. Ricard ; elle a été présentée au Congrès de Chirurgie de 1892 (p. 459) :

« Un homme de cinquante-huit ans entra dans mon service à l'hôpital Cochin pour des douleurs très vives siégeant surtout au creux du jarret, et s'irradiant sous forme d'élancements jusque dans la jambe et dans la cuisse.

On découvrait au creux du jarret, sur la ligne médiane, une petite tumeur du volume d'une noix, fluctuante, peu réductible et animée de battements, mais sans expansion ni souffle. Le diagnostic porté fut celui de varice enflammée de la veine poplitée, et l'extirpation en fut faite avec succès. Le nerf saphène externe était soudé à la tumeur ; celle-ci recevait une impulsion de l'artère poplitée, à laquelle elle était accolée. La dilatation variqueuse de la poplitée était thrombosée. »

Discussions.

Sur les traumatismes de la moelle.

M. Nimier. — M. Reclus vous a communiqué une observation qui démontre combien le pronostic des traumatismes de la moelle est parfois difficile à poser immédiatement après l'accident. Cette

difficulté est, peut-on dire, la règle en chirurgie d'armée. Ici, en effet, les signes objectifs de la lésion rachidienne font défaut, et la symptomatologie des troubles fonctionnels, telle que nous savons la saisir, ne fournit pas de données précises sur la nature des désordres médullaires.

Au cours de l'expédition du Tonkin, j'ai eu l'occasion d'autopsier deux blessés qui m'ont prouvé combien légères peuvent être des lésions de la moelle susceptibles, cependant, de se traduire cliniquement par la suppression de ses fonctions.

Le premier était un soldat chinois, chez lequel une balle de fusil Gras (11 millimètres) avait traversé le tronc de la pointe de l'épaule gauche à la partie inférieure de l'aisselle droite. Il présentait une paralysie absolue des deux membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Il mourut subitement le 3e jour de la blessure, par suite de la formation d'un hémothorax. A l'autopsie, je constatai dans le corps de la 4e vertèbre dorsale un séton transversal oblitéré par du sable osseux ; la paroi postérieure du corps vertébral fissurée faisait une très légère saillie dans le canal rachidien où, à ce niveau, n'existait qu'un faible épanchement sanguin dans l'arachnoïde, en avant de la moelle, qui, macroscopiquement, paraissait saine.

Le contraste entre la bénignité apparente de la lésion médullaire et l'intensité des troubles qu'elle avait provoqués était frappant. La même remarque put être faite chez mon second blessé.

Il s'agissait d'un Tonkinois qui, chargé par un de nos cavaliers, avait reçu dans le dos un coup de sabre, et, parmi quelques autres contusions, fort probablement un coup de pied de cheval dans le ventre. Lui aussi était paraplégique, avait de la rétention d'urine et des matières fécales. Le 3e jour de la blessure se produisirent des mictions et des selles involontaires avec turgescence du pénis. Le 7e jour, le blessé mourait de péritonite suppurée aiguë, due à une perforation secondaire de la vessie. La dissection de la plaie du dos montra que la pointe du sabre avait incomplètement fracturé la lame droite de la 6e vertèbre dorsale, et qu'il existait au même niveau, dans le canal rachidien, un léger épanchement de sang, avec simple injection de la tranche médullaire.

La lésion, au total, paraissait minime, et, comme celle du Chinois, elle permettait de croire que, sans la péritonite, le blessé eût pu guérir. Or, cliniquement, vu la paraplégie, les troubles vésicaux et rectaux, il était légitime de porter un pronostic immédiat sévère.

Il serait, du reste, facile de rapporter des observations de bles-

sures de guerre analogues aux précédentes, mais terminées par la guérison des patients. Entre autres, Morris publiait dans un des derniers numéros de *The Lancet* le cas d'un soldat anglais qui, ayant subi un séton très oblique du cou, avec lésion des corps de plusieurs vertèbres cervicales, tombe évanoui et paralysé des quatre membres. Deux mois plus tard, la motilité était revenue, si bien que, quelque temps après, l'homme put reprendre son service.

De pareils faits démontrent bien de quelle difficulté est le pronostic immédiat, surtout quand on l'envisage au point de vue des indications thérapeutiques. Après lecture de nombreuses observations de blessures de guerre, il me semble que nos collègues militaires anglais ont raison de se borner à constater qu'une amélioration rapide dans l'état des blessés caractérise les lésions médullaires bénignes, tandis qu'au contraire les désordres graves produits par les projectiles se reconnaissent à une aggravation rapide, à l'apparition et à l'évolution — en trois à quatre semaines parfois — des accidents de dégénérescence médullaire qui, dans la pratique civile, demandent souvent des mois avant d'aboutir à la mort.

Permettez-moi encore de relever un point dans l'observation de M. Walther. Notre collègue a signalé dans les commémoratifs cette particularité que, au dire des personnes présentes au moment de l'accident, sa blessée put marcher immédiatement après avoir reçu la balle, fait, il est vrai, contredit par un témoin bien informé, semble-t-il. Quoi qu'il en soit, n'est-ce pas le cas de rappeler l'observation du blessé de Desault, qui, atteint d'un coup de feu, survécut vingt-cinq à vingt-six heures à une section totale de la moelle dans le canal de la 10e vertèbre dorsale?

« La faculté d'uriner et de remuer le bassin et les extrémités inférieures a été bien constatée chez ce malade. Perpétuellement agité, on le voyait se tourner avec promptitude d'un côté sur l'autre, s'asseoir sur son lit, fléchir et allonger alternativement les jambes; il ne s'est d'ailleurs jamais plaint que de l'oppression et du malaise général qui en est la suite ordinaire... » Tel est le passage que l'on peut lire dans le *Journal de chirurgie* de Desault, t. IV, p. 137.

Pour contraire qu'il soit aux données actuelles de la physiologie, ce fait si précis semble cependant échapper à la critique. Il n'en est pas de même de quelques autres faits analogues, faits moins démonstratifs, du reste, car ils ont trait à des lésions de la portion terminale de la moelle.

Parmi les observations de la guerre de Sécession, on en relève cinq dans lesquelles l'absence de tout symptôme paralytique es

formellement indiquée, bien que l'autopsie des blessés eût montré la moelle lésée deux fois au niveau de la 1re, une fois au niveau des 2e, 4e ou 5e vertèbres lombaires. Malheureusement, les détails anatomiques manquent, et nous devons nous demander quels étaient au juste, dans ces cas, les désordres du contenu du canal rachidien. En particulier, à hauteur des 4e et 5e lombaires, il ne pouvait s'agir de lésion de la moelle.

La critique a également prise sur une observation citée dans le Rapport allemand de la guerre de 1870. Ici, la balle, après avoir fracturé l'apophyse épineuse et l'arc de la 2e vertèbre lombaire, réduit la moelle en bouillie. Le blessé meurt de péritonite au huitième jour, ayant conservé la sensibilité et la motilité de ses membres inférieurs, et l'intégrité fonctionnelle de la vessie et du rectum. L'absence de détails autorise, dans ce cas encore, de sérieuses réserves sur la valeur du défaut de concordance signalé entre la lésion anatomique et le trouble fonctionnel.

M. Quénu. — Je viens d'observer une lésion de la région cervicale de la moelle par fracture de la colonne cervicale. Il s'agit d'un jockey qui, dans une course de vitesse, tomba de cheval, en faisant panache; le choc porta sur la nuque. — Le cavalier avait été projeté en avant, et le cheval, continuant sa course, vint s'abattre sur le cavalier tombé; — on crut même dans l'assistance que le jockey avait été blessé par le cheval, mais je n'ai trouvé ni éraflure, ni plaie, ni contusion qui puisse donner naissance à cette opinion.

J'ai vu ce blessé vingt-six heures après l'accident; il présentait une paralysie motrice des membres inférieurs, et une paralysie motrice incomplète de l'avant-bras. La sensibilité était également atteinte depuis le pied jusqu'au-dessous de l'ombilic, et sur le membre supérieur depuis la main jusqu'au-dessus du pli du coude.

La fracture ne se révélait par aucun déplacement du côté du pharynx, mais seulement par une douleur excessive du côté de la nuque. J'ai recherché *les réflexes*; il n'en existait aucun, soit qu'on les recherchât par la chaleur, la piqûre, le pincement; le réflexe du dartos seul persistait, mais je ne crois pas qu'il s'agisse ici d'un réflexe, c'est plutôt une excitation directe des fibres lisses du dartos.

Tous ces réflexes étaient donc abolis; la température oscillait entre 39 degrés et 38°8; le pouls était normal.

Je compléterai cette observation (1).

(1) Le blessé a succombé le septième jour.

M. Walther. — Je n'ai que peu de chose à répondre aux différentes observations qui ont été apportées à la suite de ma communication. J'avais insisté surtout sur la très grande difficulté, sur l'impossibilité même d'établir le diagnostic précis de la nature de la lésion médullaire. Or, dans tous les cas rapportés ici, nous voyons que le diagnostic vrai n'a pu être établi. Dans un seul fait, celui observé par M. Tuffier, on a pu reconnaître une compression par corps étranger, mais parce qu'il s'agissait d'une irritation des racines rachidiennes par le corps étranger. Dans l'observation de M. Legueu, le diagnostic de section complète de la moelle avait été porté d'une façon précise; il s'agissait d'une section incomplète, portant seulement sur les cordons postérieurs. L'apparition tardive de douleurs vives au niveau et au-dessous du foyer d'une fracture de la colonne vertébrale permit seule à M. Championnière de reconnaître qu'il s'agissait d'une compression et non d'une destruction complète de la moelle. Dans le cas cité par M. Reclus, M. Chipault avait affirmé une destruction complète de la moelle, et au bout de dix mois le malade était guéri.

Je ne puis donc que répéter que nous n'avons à notre disposition aucun signe qui nous permette de faire le diagnostic de la nature de la lésion médullaire. Nous ne pouvons savoir s'il s'agit d'une compression ou d'une destruction de la moelle. Cette incertitude même nous oblige à l'intervention, puisque nous pouvons toujours espérer que la moelle n'est pas détruite.

Mon ami Delbet nous a apporté de très intéressantes recherches sur l'origine des réflexes et a combattu l'opinion des auteurs qui leur donnent comme siège les centres encéphaliques. Il a pensé que j'avais donné l'abolition complète des réflexes comme signe de la section de la moelle. Je n'ai rien dit de pareil. J'ai dit que chez la malade dont je vous ai rapporté l'histoire, les réflexes étaient complètement abolis; nous les avons recherchés chaque jour, avec le plus grand soin, pendant les trois semaines qui ont précédé l'intervention. Celle-ci nous a montré une destruction complète de la moelle. Ce n'est que plus d'un mois après qu'on a pu constater l'existence de très faibles mouvements réflexes inconstants et irréguliers dans les membres inférieurs.

S'ils présentent dans ces conditions un réel intérêt physiologique, ils n'étaient plus en tout cas d'aucune utilité pour le diagnostic; il aurait fallu attendre plus de deux mois l'apparition de ce signe. Durant toute la période d'observation qui a suivi le traumatisme et au moment où nous avions à décider de l'opportunité de l'intervention (période qu'a rendu très longue l'abstention imposée par l'évolution des accidents pleuro-pulmonaires), je me suis trouvé en présence d'une lésion de la moelle de nature

indéterminée avec absence absolue de réflexes. Voilà tout ce que j'ai voulu dire, et, si j'avais à propos de cette symptomatologie cité le nom de Bastian, je suis tout à fait d'accord avec mon ami Delbet pour reconnaître que l'apparition très tardive de quelques reflexes, si légers qu'ils aient pu être, est en opposition avec la théorie du siège encéphalique des réflexes.

Sur la duodénostomie.

M. Routier. — La duodénostomie restera toujours un pis aller, une opération de nécessité ; je ne l'ai jamais pratiquée de parti pris, mais, dans plusieurs cas, j'ai dû recourir à des manœuvres qui s'en rapprochent tellement, qu'il m'a paru intéressant de vous les rapporter ici.

En 1889, le 2 janvier, on me fit passer de médecine une malade qui, quelques mois auparavant, avait par mégarde avalé une assez forte quantité d'acide sulfurique.

Les premiers accidents inflammatoires apaisés, elle éprouva une grande difficulté pour se nourrir; elle avalait les aliments, mais, dès qu'elle en avait pris une certaine quantité, elle vomissait.

Elle en était arrivée à vomir dès qu'elle avait avalé une petite tasse de liquide.

Après m'être assuré de la perméabilité de l'œsophage, ce qui ne laissa pas que de m'étonner un peu, je pensai qu'il s'agissait d'une sténose du pylore, ou même d'une sténose générale de tout l'estomac.

A la palpation, on sentait une résistance de l'épigastre, comme si l'estomac, derrière la paroi, était à l'état de tumeur molle.

Je pensai à la possibilité d'une péritonite circonscrite, mais l'apyrexie parfaite me fit éloigner cette hypothèse, et, le 17 janvier, je pratiquai une laparotomie.

La paroi antérieure de l'estomac ne présentait rien de particulier; du côté du pylore, difficilement accessible, je crus sentir comme une induration; je pensai alors à pratiquer la divulsion du pylore à travers une boutonnière faite à l'estomac. Je vous rappelle que ceci se passait en 1889.

Celui-ci fut attiré, ouvert et suturé dans la plaie, et, avec l'index, je me mis en devoir d'aller à la recherche du pylore. Je dois avouer que j'eus toutes les peines du monde à le trouver : il était contractile, laissait facilement passer le doigt. Je ne crus pas devoir le dilater, mais, pour assurer la nutrition, je remplaçai

mon doigt par une sonde de Nélaton du plus gros calibre destinée à alimenter la malade.

Cette pauvre femme dura ainsi jusqu'au 25 janvier, c'est-à-dire huit jours; elle mourut dans une syncope, en s'asseyant sur son lit.

L'autopsie nous montra qu'elle avait une perforation de la face postérieure de l'estomac, tout près du cardia; et tout autour il s'était fait une péritonite circonscrite de l'arrière-cavité des épiploons.

La muqueuse stomacale, rouge lie de vin et friable, ne portait pas trace de cicatrices; le pylore était normal.

Ce n'est pas une duodénostomie, mais, comme vous le voyez, c'est au moins un essai de nutrition de l'individu par une sonde pyloro-duodénale.

Dans un second cas, il s'agissait d'un homme de quarante-neuf ans, qui vint avec des vomissements incoercibles et une tumeur rouge enflammée de l'épigastre, que j'ouvris comme un abcès.

Cette ouverture me fit pénétrer jusque dans l'estomac, réduit à un cylindre dur, avec une péritonite circonscrite correspondant à tout ce qui restait de la face antérieure ; c'est ce qui expliquait pourquoi tout ce que ce malheureux avalait était aussitôt rejeté. Fort perplexe sur l'indication à remplir, après bien des hésitations, je fis une boutonnière tout contre le pylore, et, après bien des tâtonnements, je pus faire entrer une sonde dans son duodénum ; par cette voie, nous avons pu le nourrir et le faire durer douze jours. L'autopsie ne put être pratiquée.

Permettez-moi de vous citer encore une observation pour montrer, somme toute, qu'il est assez fréquent de voir l'ingestion de caustique — dans le cas particulier, c'est l'acide chlorhydrique — laisser indemne toutes les parties pharyngo-œsophagiennes, et ne porter ses ravages que sur l'estomac.

Le 24 février de cette année, mon collègue et ami Barth me faisait passer de son service un malheureux garçon de vingt-trois ans qui avait, le 10 janvier, avalé de l'acide chlorhydrique ; il vomit toute la journée, et fut très malade huit jours durant.

Puis il en arriva à ne plus avaler que les liquides, et tout ce qu'il ingérait était vomi dans les deux heures.

L'œsophage et le cardia laissaient passer la grosse olive exploratrice.

Ce malheureux était dans un état de maigreur et de faiblesse extrêmes ; je le préparai par des injections de sérum, et lui pratiquai, le 28 février, la pylorectomie; malgré tous nos efforts, il n'a pu se remonter, et est mort d'inanition, le 8 mars, sans aucune réaction.

La pièce enlevée était remarquable : c'était un cylindre dur, fibreux, qui se prolongeait par une bande de même nature sur toute la petite courbure ; le corrosif avait suivi la cravate de Suisse et était venu directement toucher le pylore.

En somme, la nutrition est fort difficile par la duodénostomie, qui, je pense, restera, comme je le disais en commençant, une opération de pis aller, de pure nécessité.

Présentations de malades.

I. *Contusion de l'abdomen.*

M. Cahier. — J'ai l'honneur de vous présenter deux malades. J'ai opéré le premier, il y a six mois environ, pour une *contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval.* L'opération a été pratiquée seize heures après l'accident. Les signes généraux et locaux n'indiquaient rien de grave, et je me suis basé pour intervenir sur l'existence d'une douleur profonde intra-abdominale éveillée, au niveau du point contus, par la pression à distance exercée sur la région lombaire alors que le fer avait porté au-dessus et en dedans de la fosse iliaque droite, et surtout sur la constatation de la rigidité extrême des muscles abdominaux généralisée à toute la paroi. La laparotomie médiane a montré qu'il existait deux perforations : l'une de la grandeur d'une pièce de 1 franc, l'autre de moitié plus petite, éloignées l'une de l'autre de 5 centimètres, situées sur le bord libre de l'avant-dernière anse jéjunale, avec épanchement de matières fécales dans la cavité péritonéale. Après suture des perforations et détersion du foyer d'épanchement avec des tampons secs, j'ai, sans faire aucun lavage, drainé au moyen d'un tube placé à la partie inférieure de l'incision médiane et de deux autres tubes adossés, et passant dans une deuxième incision placée au niveau de la fosse iliaque droite. Ces drains arrivant jusqu'à la zone où s'était fait l'épanchement, zone qui était sûrement infectée, ont fourni dans les premiers jours un suintement assez abondant, et c'est grâce à ce drainage large que la généralisation de l'infection a pu être évitée. Le blessé, depuis l'opération, n'a jamais éprouvé le moindre trouble digestif.

II. *Hémisection de la moelle épinière.*

Le deuxième malade a été atteint très probablement *d'une hémisection plus ou moins complète de la moelle épinière* (?) par

un coup de couteau qui a porté entre la 7e et la 8e vertèbre dorsale ; l'accident, qui remonte à quinze mois, est antérieur à l'entrée au service. Atteint de quatre autres blessures superficielles, l'homme tomba sur le coup, sans perdre connaissance, mais ne put se relever malgré ses efforts, les jambes, engourdies, refusant tout service. A cet engourdissement succèdent au bout d'une heure des douleurs vives localisées dans la région dorso-lombaire et une très grande oppression respiratoire qui nécessita l'emploi des inhalations d'oxygène.

L'examen méthodique pratiqué huit heures après l'accident fournit les résultats suivants :

Paralysie complète du membre inférieur droit, avec diminution de la sensibilité.

Parésie du membre inférieur gauche avec abolition absolue de la sensibilité.

Hyperesthésie et douleurs en ceinture siégeant sur la moitié inférieure du tronc.

Paralysie vésicale et rectale ; oppression respiratoire très grande qui dura trente-six heures, et nécessita l'emploi continu des inhalations d'oxygène.

La paralysie vésicale disparut la première au bout de six jours, pendant lesquels on dut faire le cathétérisme plusieurs fois dans la journée ; le rectum ne fonctionna normalement qu'au bout de cinquante jours. Le blessé, traité par le repos au lit, les massages et l'électrisation, commença à se lever au bout de deux mois, et même put marcher vers la fin de novembre. A cette époque la situation était à peu près la même qu'aujourd'hui.

État actuel : Etat général excellent ; sujet très robuste.

Outre les traces de coups plus superficiels, on constate entre la 7e et la 8e vertèbre dorsale, sur la ligne des apophyses épineuses, l'existence d'une cicatrice de 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large, dont le grand axe est oblique de haut en bas et de gauche à droite, et qui déborde à droite.

Motilité. — Membre inférieur droit : couché, le malade peut à peine le soulever au-dessus du plan du lit ; la paralysie atteint principalement les extenseurs ; en marchant le blessé traîne la jambe et soulève difficilement le pied ; pendant la station debout et au repos le membre devient le siège d'une trémulation musculaire intense et généralisée ; à gauche, la puissance musculaire est normale.

Sensibilité. — Complètement conservée à droite, sans hyperesthésie.

A gauche, la sensibilité au contact persiste quoique très

diminuée; la sensibilité à la douleur et à la chaleur est abolie jusqu'à la racine de la cuisse.

Au niveau des bourses et sur le tronc la sensibilité est conservée.

Réflexes. — Très diminués mais non abolis à gauche; au contraire, à droite, le réflexe rotulien est très exagéré, et il y a de la trépidation plantaire. A noter que dans les cas d'hémisection on admet que les réflexes sont surtout marqués du côté où siège l'anesthésie; ici, c'est le contraire qui se présente.

Troubles trophiques. — On ne constate qu'une atrophie musculaire de 1 centimètre du côté droit, soit 2 centimètres en tenant compte de la différence qui existe généralement en faveur du membre droit, et qui est de 1 centimètre environ.

Miction et défécation normales.

Légère diminution du sens génital.

Pas de signes d'hystérie.

M. Berger. — Je ferai remarquer que la paralysie du membre inférieur droit est très incomplète.

Volumineux et nombreux calculs de la vésicule biliaire et du canal cholédoque. Ictère chronique. Guérison.

M. Guinard. — La malade que je présente est âgée de cinquante-huit ans. Elle m'a été adressée le 18 octobre par M. le Dr Thoinot avec le diagnostic d'ictère chronique d'origine calculeuse.

Cette malade avait son ictère depuis le 11 décembre 1900. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'elle n'a jamais eu de véritables coliques hépatiques : elle se plaint surtout de pesanteur dans l'abdomen et de tension dans l'hypocondre droit.

Les urines sont rouges, les selles décolorées, et chaque semaine il y a des poussées fébriles, avec 39 et 40 degrés de température.

Trois semaines de séjour à Vichy ne font qu'aggraver cet état, et, quand je la vois avec M. Thoinot, elle est dans un état de maigreur cachectique qui me fait craindre un néoplasme du foie. Cet organe est gros, il dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. Il n'est en aucun point douloureux à la pression et on ne perçoit pas la vésicule biliaire.

Les démangeaisons tourmentent incessamment la malade, qui demande une intervention.

Une laparotomie latérale, pratiquée le 11 novembre, me montre la vésicule profondément rétractée sous le foie et contenant un

gros calcul. J'incise ses parois sclérosées et j'extrais ce calcul lisse et arrondi, sans facettes, comme une grosse bille d'agate.

Il pèse 10 grammes et il a 28 millimètres de diamètre. Un flot de bile sort aussitôt en entraînant 26 petits calculs taillés à facettes, que je vous présente ici. Les voies biliaires sont très dilatées, et le doigt sent que le cholédoque est obstrué par un calcul très volumineux. Agrandissant l'incision de la paroi abdominale pour avoir du jour, je vais directement sur le cholédoque, et le bistouri met à jour le calcul que je vous présente : il pèse 6 gr. 65 et il a 24 millimètres de diamètre.

Il est lisse et uni. J'ai terminé l'opération, comme à l'ordinaire, en mettant un gros drain dans le cholédoque avec des mèches de gaze stérilisée au-dessous. Un petit surjet au catgut ferme le fond de la vésicule biliaire.

Tous ces calculs réunis pèsent 21 gr. 50.

Au bout de cinq jours, les mèches ont été enlevées, et le drain le neuvième jour. Les suites ont été très simples : l'ictère a disparu, et aujourd'hui, un mois après l'opération, la fistule est bien fermée et la malade reprend ses occupations.

C'est donc un nouveau succès à ajouter à l'actif de la cholédocotomie sans suture, et c'est une observation de lithiase biliaire avec ictère chronique sans coliques hépatiques, qui montre combien le diagnostic est entouré de difficultés en pareil cas.

Pyélonéphrite suppurée volumineuse. Néphrotomie, puis néphrectomie ultérieure. Guérison.

M. Loison. — L'histoire du malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un exemple des difficultés et des longueurs de traitement qu'offrent bien souvent les distensions purulentes du rein.

S..., trente-quatre ans, employé au ministère de la Marine, n'accuse aucun antécédent héréditaire, et jusqu'en 1893, à part une blennorragie légère survenue sept ans auparavant et guérie sans laisser de goutte, il a toujours joui d'une bonne santé. A cette époque, constatant qu'il maigrissait beaucoup, il consulta un médecin qui trouva dans ses urines 3 à 4 grammes d'albumine et un peu de pus. Il ressentait alors des douleurs continues dans les deux régions lombaires, mais surtout à droite. Les douleurs et l'albumine disparurent au bout d'un mois de régime lacté.

Toutes les années suivantes, il fut pris, pendant la saison d'été, de douleurs semblables, mais moins fortes, qui ne duraient qu'une quinzaine de jours; l'albumine réapparaissait pendant ce temps dans les

urines, et le malade ressentait des douleurs de tête, et de la faiblesse dans les jambes.

Vers le milieu de juillet 1899, les mêmes symptômes se reproduisent, et S..., se trouvant plus fatigué, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce.

10 *août* 1899. — Amaigrissement notable; face pâle; pas de fièvre.

La palpation de la région rénale est douloureuse, surtout à droite. A gauche on ne sent pas le rein; à droite, le flanc est rempli par une tumeur rénittente, à surface lisse, de forme ovoïde, atteignant presque la ligne médiane, et s'étendant en hauteur depuis la face inférieure du foie jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic.

Les mictions n'ont pas augmenté de fréquence, mais les urines sont troubles, et donnent un dépôt abondant d'aspect muco-purulent.

Les fonctions des autres organes et appareils s'accomplissent normalement.

14 *août*. — L'analyse des urines des vingt-quatre heures donne les résultats suivants : quantité, 1.800; réaction acide; densité, 1.020; urée, 19 grammes; acide phosphorique, 3 gr. 30; sucre, néant; albumine, traces; acide urique, 0.537 grammes. Le dépôt montre au microscope de nombreux globules de pus.

27 *août*. — J'introduis dans la vessie le cystoscope d'Albarran, et tente, sans succès, le cathétérisme de l'uretère du côté malade, n'ayant pas une habitude suffisante de la manœuvre de cet instrument.

29 *août*. — Pour apprécier l'état fonctionnel du rein gauche, j'injecte dans la fesse un centimètre cube d'une solution aqueuse de bleu de méthylène à 1/20. L'élimination commence à la troisième heure, et dure jusqu'à la quarantième heure.

1er *septembre*. — Depuis quelques jours, le malade a un peu de fièvre le soir, et souffre spontanément au niveau de la région rénale droite.

Pendant quatre jours les urines ont été claires, et ne déposèrent plus; elles sont à nouveau troubles ce matin.

2 *septembre*. — Sous le chloroforme, nous découvrons le rein droit au moyen de l'incision lombaire préconisée par Guyon. Après avoir traversé l'atmosphère graisseuse, qui a conservé son aspect et sa consistance normales, nous arrivons sur un rein très volumineux et fluctuant, que nous incisons, après avoir fixé par des points au catgut sa capsule fibreuse aux plans aponévrotiques de la paroi, et passé deux fils suspenseurs à travers la surface du parenchyme. Il s'écoule en abondance du pus verdâtre, de mauvaise odeur, dont on peut évaluer la quantité à un litre environ. Irrigation de la poche à l'eau boriquée. Le doigt introduit dans la cavité ne peut en sentir le fond; elle présente des cloisonnements et des diverticules nombreux.

Quatre points de catgut fixent solidement les lèvres de l'incision rénale à la face profonde de la plaie pariétale, puis cette dernière est rétrécie à ses deux extrémités par des anses de crin de Florence traversant la peau et les plans sous-jacents.

Par le centre de l'incision laissé béant, passent deux gros drains en caoutchouc entourés de gaze iodoformée.

Les suites opératoires sont bonnes, et l'urine reprend au bout de quelques jours sa quantité et sa transparence normales.

Dans le courant de décembre 1899, la fistule lombaire se ferme complètement, et l'état général du patient s'améliore progressivement.

Dans les premiers mois de l'année 1900, S... ne se ressent plus de rien, et se considère comme tout à fait guéri. Il vient nous voir de temps en temps, et ne présente rien d'anormal : le flanc droit est souple, et non douloureux à la pression; les urines restent claires et abondantes.

15 *juin* 1900. — Il se plaint de ressentir depuis quelques jours de la fatigue générale, avec troubles du côté du tube digestif, et douleurs dans l'hypocondre droit. On ne constate rien d'anormal dans le flanc droit; toutefois la pression profonde à ce niveau est un peu douloureuse. La cicatrice lombaire ne présente rien de particulier. Les urines restent claires. Le malade attribue les troubles qu'il éprouve à une atteinte de grippe.

26 *juin*. — Face pâle et fatiguée. Perte d'appétit; amaigrissement de 3 kilogrammes dans l'espace de quelques jours. Douleurs spontanées et continues dans l'hypocondre droit.

Nous constatons que le flanc droit est occupé par une masse dure descendant jusque vers le niveau de l'ombilic et se perdant en haut sous le foie. Le rein semble à nouveau distendu; il est douloureux à la pression, non fluctuant. La cicatrice opératoire est un peu rouge, dilatée au niveau de son centre, et l'amincissement de la peau à ce niveau indique l'existence d'une collection qui tend à s'évacuer spontanément. Les urines restent claires.

29 *juin*. — Nouvelle entrée au Val-de-Grâce. La cicatrice bombe de plus en plus; la peau s'amincit. Nons faisons appliquer un pansement humide, nous proposant d'inciser l'abcès le lendemain.

1er *juillet*. — L'ouverture de l'abcès, qui s'est faite spontanément dans la nuit, a provoqué un grand soulagement.

1er *août* 1900. — Une fistule persistant et l'état général s'étant amélioré, la néphrectomie est pratiquée sous le chloroforme. Après excision de la cicatrice cutanée et du trajet fistuleux, nous arrivons sur un rein petit, fortement adhérent aux parties voisines par des brides fibreuses qu'il faut sectionner avec l'instrument tranchant. Les fils de soie qui servent à lier les éléments du hile ressortent par la plaie, et forment drain. Il nous est impossible d'aller réséquer l'uretère très bas, par suite des adhérences qui l'englobent. Reconstitution de la paroi abdominale par deux plans de suture, en laissant au centre de l'incision un orifice suffisant pour le drainage.

30 *août*. — La réunion des parties suturées s'est faite par première intention, mais aujourd'hui seulement nous pouvons retirer les fils de ligature placés sur le moignon, en exerçant des tractions sur eux.

Dans la suite il persiste un trajet fistuleux, étroit, de 6 à 7 centimètres de profondeur. A plusieurs reprises nous tentons d'en amener l'oblitération par des injections modificatrices, des cautérisations au thermocautère, des curettages et un drainage permanent de son orifice

cutané. Ce n'est que le 20 *août* 1901 que la fistule s'est fermée définitivement et spontanément.

Aujourd'hui le sujet n'éprouve aucune gêne fonctionnelle; il se trouve bien, et a des urines claires et en quantité physiologique.

Malgré la reconstitution de la paroi par deux plans de suture, il existe au niveau de la cicatrice opératoire une certaine éventration.

Conclusions. — Nous n'ajouterons que de brèves réflexions à cette observation :

1° L'origine de cette pyonéphrose est restée pour nous incertaine. Nous avions pensé tout d'abord à un rein tuberculeux, mais, d'après les recherches faites par nos collègues et amis Lafforgue et Tanton, au laboratoire de bactériologie, le bacille de Koch n'a pas été trouvé dans le pus, ni dans l'urine, et deux cobayes furent inoculés sans succès.

L'examen histologique de la poche n'a pas permis non plus de constater de lésions tuberculeuses.

2° Après la première intervention, néphrotomie et drainage prolongé, la plaie reste fermée et le rein ne réagit pas pendant six mois, puis subitement, alors que nous escomptions une guérison définitive, de nouveaux symptômes de suppuration se déclarent.

3° La fistule qui succéda à l'opération de néphrectomie persista pendant une année, malgré tout ce que nous avons fait au point de vue thérapeutique, et quoique nous ayons évité de laisser des fils de soie perdus sur les vaisseaux et le moignon urétéral.

Nouveau procédé de suture de l'olécrane (cerclage de l'olécrane). Luxation incomplète du semi-lunaire droit.

M. Paul Berger. — I. Le malade que je vous présente a subi, le 8 avril dernier, la suture de l'olécrane pour une fracture du col de cette apophyse osseuse ; vous pouvez juger de la perfection du résultat et du complet rétablissement des fonctions du coude. J'ai employé pour cette opération un nouveau mode de suture, calqué sur celui que j'ai décrit sous le nom de *cerclage de la rotule* (1).

Une anse de fil d'argent très fort est passée avec une aiguille de Reverdin tout autour du fragment supérieur de l'olécrane, en suivant exactement ses bords interne, externe et sa pointe au

(1) *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, n. s. t. XVIII, 1892, 13 juillet, p. 523.

travers des insertions du triceps et des ligaments qui s'y insèrent; l'un des chefs de cette anse est engagé dans un trou que l'on creuse transversalement au travers du fragment inférieur; les deux fragments sont rapprochés au contact et les chefs fortement serrés et tordus; l'incision cutanée longitudinale qui a permis de vider l'articulation des caillots et de placer le fil d'argent est suturée.

Ce procédé a l'avantage d'une rapidité et d'une simplicité plus grandes; on évite de perforer le fragment olécranien qui, parfois, peut se rompre; enfin, le fil est placé tout entier en dehors de l'articulation.

II. — Ce même malade présentait une lésion du poignet que j'avoue avoir pris tout d'abord pour une simple entorse, le radius semblant intact. Le gonflement et la gêne des mouvements persistant, un examen plus approfondi me fit reconnaître, vers la face palmaire, une saillie osseuse soulevant les tendons fléchisseurs. L'examen radioscopique confirma ce que je pensais, c'est qu'il s'agissait d'une luxation en avant du semi-lunaire, mais d'une luxation incomplète.

L'examen stéréoscopique surtout montre très nettement l'os déplacé, faisant en avant une saillie notable, mais encore engagé dans sa mortaise par son extrémité postérieure. Contrairement à ce que l'on observe dans les luxations complètes de cet os, dont j'ai montré deux exemples à la Société (dans les séances du 8 décembre 1897 et du 5 juillet 1899), les troubles fonctionnels sont à peu près nuls et ils tendent à se dissiper tout à fait; il n'y a pas de phénomènes de compression du nerf cubital, ainsi que cela existait chez les deux sujets que j'ai présentés à la Société et sur lesquels j'ai pratiqué l'extirpation de l'os luxé. Aussi le blessé, qui peut se servir de sa main, se refuse-t-il à toute intervention chirurgicale.

Kyste dermoïde du plancher buccal extirpé par voie buccale.

M. Paul Berger. — Une jeune fille de dix-neuf ans est entrée dans mon service ces jours derniers avec une tumeur buccale que l'on aurait pu prendre tout d'abord pour une grenouillette sublinguale énorme. Mais cette tumeur remontait à l'an passé; elle était apparue à l'âge de sept ans et s'était graduellement accrue depuis. Il y a trois ans elle avait été incisée et avait donné issue à un liquide épais, analogue à du miel; mais elle s'était aussitôt reproduite et avait depuis constamment augmenté de volume. De plus,

cette tumeur, qui fait fortement bomber la région sous-hyoïdienne, qui remplit toute la bouche en se moulant sur l'arcade dentaire inférieure, qui s'étend des apophyses géni à l'os hyoïde, et qui refoule la langue contre la voûte palatine, n'a pas la transparence des grenouillettes; elle est recouverte par la muqueuse sublinguale rosée, parfaitement indépendante de sa surface, et mobile, quoique exulcérée par le contact des dents ; elle donne attache au frein de la langue. Son aspect, sa coloration sont tels que, lorsque la malade ouvre la bouche, on croit voir la face dorsale de la langue. Celle-ci est refoulée en haut et en arrière. Il n'y a que très peu de troubles fonctionnels. A ces caractères, et guidé par ces commémoratifs, je n'hésitai pas à reconnaître l'existence d'un volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche, faisant saillie à la région sous-hyoïdienne.

C'est par cette région que je me proposais d'abord d'attaquer la tumeur, mais, après avoir consulté les observations citées par MM. Lannelongue et Ménard dans leur ouvrage sur les *Affections congénitales* et par M. Lannelongue dans son *Traité des kystes congénitaux*, je me résolus à l'extirper par la voie buccale. C'est ce que je fis ce matin avec l'aide de mon collègue et ami M. Lyot. Une incision verticale médiane de la muqueuse me permit d'arriver sur la poche et de la libérer par ses faces latérales et supérieures; elle s'étendait exactement de l'os hyoïde, auquel elle confinait sans lui adhérer, jusqu'aux apophyses géni, où elle semblait prendre attache. Les fibres des muscles génio-glosses paraissaient s'insérer sur ses faces latérales, mais, dès que j'eus trouvé le plan celluleux qui encapsulait la membrane kystique, celle-ci se laissa énucléer avec la plus grande facilité et je pus l'extirper en totalité sans la vider ; une petite perforation, qui laissa s'écouler un pus d'un liquide épais, blanchâtre, butyreux, fut refermée par l'application d'une pince. Au niveau des apophyses géni existait une sorte de pédicule qui fut arraché ; à ce niveau l'os fut ruginé sans qu'il parût cependant donner directement attache à la paroi kystique. Le kyste en question a la forme et le volume d'un rein d'enfant; je le présente encore distendu par son contenu ; l'examen histologique en sera fait par M. le professeur Cornil et je vous en communiquerai le résultat dans une des prochaines séances.

Il ressort de cette observation que les kystes dermoïdes du plancher buccal peuvent être reconnus à leur indépendance de la muqueuse buccale qui conserve sa coloration, à leur origine remontant à l'enfance, à leur proéminence vers la région sus-hyoïdienne. Le diagnostic est confirmé par le résultat de leur ouverture et par la constatation de leur contenu.

Ces kystes se développent dans l'intervalle des muscles génio-glosses, au-dessus des génio-hyoïdiens et des mylo-hyoïdiens ; leur proéminence à la région sus-hyoïdienne est due au refoulement de ces muscles qu'ils ne traversent pas. Malgré les apparences, *ils sont donc profonds à la région sus-hyoïdienne, superficiels dans la bouche seulement.* Ils sont encapsulés, et les muscles génio-glosses prennent des insertions sur la membrane capsulaire qui les entoure ; ils sont parfaitement énucléables; celui que j'ai enlevé n'avait aucune connexion intime avec le squelette, ni avec l'os hyoïde, ni avec l'arc du maxillaire inférieur. La seule adhérence qu'il présentait avec les plans environnants était située au niveau des insertions des génio-glosses. La voie que l'on doit suivre pour leur ablation, et ceci ne saurait être trop répété, est la voie buccale ; il n'y a qu'à inciser la muqueuse et à aller jusqu'à la paroi kystique elle-même en cherchant le plan de clivage que fournit la couche celluleuse qui l'encapsule; le kyste se laisse alors facilement énucléer.

Dans le cas présent l'incision par la voie sus-hyoïdienne semblait s'imposer, et néanmoins nous eussions eu grand tort de l'adopter, non seulement parce que l'incision buccale nous a permis d'éviter une large cicatrice cutanée, mais parce que l'opération eût été beaucoup plus difficile par la première de ces voies d'accès.

Fracture ouverte ancienne de l'extrémité inférieure du radius gauche. — Gêne considérable des fonctions de la main, troubles trophiques.

M. Demoulin. — J'ai l'honneur de solliciter l'avis de mes maîtres et de mes collègues, au sujet du traitement qu'il conviendrait d'appliquer au malade que je vous présente, homme âgé de cinquante-six ans, qui, au mois de juillet dernier, fit une chute d'un lieu élevé, d'où résulta une fracture ouverte de l'extrémité inférieure du radius gauche.

La fracture fut réduite presque aussitôt après l'accident et pansée convenablement; l'avant-bras fut immobilisé dans une gouttière, le foyer suppura largement. Trois semaines après l'accident, un appareil plâtré fut appliqué sur la face dorsale de l'avant-bras; sous lui, un abcès se produisit. La suppuration des deux foyers ne cessa complètement que trois mois après l'accident.

Le blessé est venu me consulter, il y a quelques jours, parce qu'il ne peut se servir de sa main.

Je l'ai examiné avec soin et vous pouvez constater, comme moi, que les mouvements de pronation et de supination de la main sont limités, que les mouvements de flexion et d'extension du poignet n'ont qu'une faible amplitude, que les doigts, légèrement fléchis sur les métacarpiens, sont un peu incurvés du côté de la paume de la main, qu'ils sont raides, que le jeu des articulations des phalanges est fort peu étendu, que les mouvements d'opposition du pouce aux autres doigts sont très restreints. Il ne saurait être question, ici, de paralysie motrice ; l'atténuation des mouvements normaux, leur gêne, sont dues à une cause mécanique, résultant de la déformation du squelette de l'avant-bras à sa partie inférieure.

Là, en effet, sur la face palmaire on sent, sous la peau qui lui est adhérente, l'extrémité inférieure du fragment supérieur du radius. La radiographie que je vous présente montre que le fragment inférieur est divisé en deux parties inégales. Le cal qui réunit les deux fragments ne paraît pas volumineux, mais il est indéniable qu'il y a au niveau des fragments du tissu fibreux qui enserre, sur la face antérieure de l'avant-bras, tendons et nerfs.

Bien que les sensibilités tactile et thermique soient conservées, il n'en est pas moins vrai que tous les nerfs de la main sont impressionnés, ainsi que le prouvent l'état lisse de la peau et les troubles trophiques accentués des ongles.

Dans ces conditions je crois qu'il est indiqué de libérer les tendons et les nerfs, de faire disparaître autant que possible la saillie formée par l'extrémité inférieure du fragment supérieur.

Mais, comme il s'agit en somme de lésions complexes, de toucher à des os qui ont longtemps suppuré, je me demande si je ne devrais pas m'abstenir.

Je prie donc mes collègues de bien vouloir m'aider dans la solution du problème qui m'est soumis.

— Plusieurs membres de la Société ayant examiné avec soin le malade présenté par M. Demoulin, sont d'avis qu'il faut intervenir chirurgicalement et le plus tôt possible.

Présentations de pièces.

Grossesse extra-utérine tubaire péritonéale avec rupture et adhérences au gros intestin, de sept mois et demi à huit mois. Mort du fœtus. Ablation dix mois après le début présumé de la grossesse.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter la pièce que voici, dont l'observation complète sera publiée ultérieurement.

Il s'agit d'une variété assez rare de grossesse extra-utérine arrivée presque jusqu'à terme et développée dans la trompe du côté droit.

Cette grossesse extra-utérine tubaire péritonéale s'est présentée chez une femme de vingt-deux ans, dont les dernières règles dataient de septembre 1900. Il n'y eut pas de règles en octobre; en novembre, pertes sanguines continuelles; en décembre, accidents graves du côté du ventre, diagnostiqués péritonite avec salpingite.

Cependant on pense à une grossesse possible.

Les accidents, s'apaisent, et vers le 15 février 1901 la malade commence à se lever, quand elle perd aussitôt par le vagin une grande quantité de liquide verdâtre foncé d'odeur très fétide. Elle perd ce liquide jusque vers le milieu de juin 1901, où les pertes sanguines réapparaissent jusqu'à ce jour. Incertitude au point de vue des mouvements d'un enfant.

Le ventre a pris un développement considérable, sans qu'on ait jamais pu percevoir de signes indiquant un enfant vivant; depuis le 15 janvier, il reste de même volume.

La malade nous est amenée le 1er août 1901.

L'examen nous démontre la présence d'une volumineuse tumeur fluctuante occupant tout l'épigastre et le petit bassin, indépendante de l'utérus, qui est refoulé à gauche.

Le col est petit et dur. La tumeur fait saillie dans le cul-de-sac postérieur. Impossible d'en apprécier les détails comme consistance et forme. Aucun bruit anormal de souffle ou de battement,

Nous pensons aussitôt à une grossesse extra-utérine avec rupture, puis survie de l'œuf qui se développe mais meurt et est en tout cas mort actuellement.

La malade a été opérée le 6 août 1901.

L'opération confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine avec fœtus mort. La longueur de ce dernier, 38 centimètres, montre bien qu'il s'agit d'un fœtus de sept à huit mois environ, du sexe féminin et bien conformé.

Aussitôt l'incision médiane faite, on tombe sur la tumeur recouverte en haut par le gros intestin qui lui est intimement adhérent. Sa libération ouvre la poche, d'où s'échappent aussitôt des caillots évidemment déjà anciens et du liquide séro-sanguinolent : pour ne pas ouvrir l'intestin (S iliaque et côlon transverse) on est obligé d'y laisser adhérer des parties du kyste. Le fœtus est extrait; puis la poche, tenant à l'utérus par le ligament large et en particulier la trompe droite qui lui forme pédicule; l'ovaire sain est appliqué à sa surface. La trompe gauche adhère par son pavillon et son extrémité libre; on essaie de la libérer, comme elle saigne fortement on l'enlève, mais on laisse l'ovaire gauche adhérer à la partie postérieure du vagin.

La poche est constituée, comme on peut le voir, par deux parties : une mince — supérieure, formant cavité, — une épaisse inférieure, qui n'est autre que le placenta très épais.

Le poids de la poche vide de liquide sans le fœtus est de 1 kil. 400 gr.

Le cordon se détache du pourtour de la poche au niveau de la circonférence du placenta. Il a une insertion marginale.

La paroi a été examinée par le professeur Cornil. Elle contient des cellules fibreuses. On ne peut pas affirmer, au point où l'examen a été fait, la présence de fibres musculaires lisses. L'examen de la pièce, fait par notre maître, ne lui laisse néanmoins aucun doute sur la nature tubaire du contenant.

J'ai revu la femme aujourd'hui même, elle est parfaitement guérie, sauf une petite fistule donnant lieu à un écoulement sanguinolent. Elle n'a pas eu ses règles depuis l'opération. Rappelons que l'ovaire gauche a été conservé, mais que la trompe gauche a été enlevée.

Luxation traumatique de la colonne cervicale.

M. Routier. — La coupe médiane et sagittale au niveau des trois dernières cervicales, passe à droite des apophyses épineuses des quatre premières cervicales, qui ont subi, dans l'ensemble, un mouvement de rotation, parce que la luxation, qui est bilatérale, est complète à gauche et incomplète à droite.

Le disque intervertébral a suivi la vertèbre luxée.

La moelle est peu comprimée, mais elle présente trois zones, l'une au niveau du traumatisme, où elle a été meurtrie et apparaît contusionnée, ecchymotique; une autre supérieure, correspondant aux quatre premières cervicales, où elle est normale;

une autre inférieure, sous-jacente au siège du traumatisme, où elle était gélatiniforme.

Ces caractères sont un peu modifiés, parce que j'ai placé les pièces dans l'alcool et le formol, pour leur donner un peu de consistance.

De plus, la coupe sagittale intéresse la moelle à droite des deux sillons médians antérieur et postérieur pour les quatre premières cervicales; exactement au niveau des sillons médians, ou un peu à gauche pour les dernières vertèbres.

La même coupe montre la rupture partielle et transversale du grand surtout antérieur, décollé au niveau de la cinquième cervicale et le décollement du grand surtout postérieur, avec un caillot situé entre le ligament et la face postérieure du corps de la quatrième vertèbre luxée; enfin, l'hémicolonne cervicale gauche montre la luxation complète avec fracture de l'apophyse transverse de la cinquième cervicale et apophyse articulaire inférieure de la quatrième vertèbre cervicale placée entre l'apophyse costiforme de la cinquième et l'apophyse articulaire supérieure de cette même vertèbre.

L'hémicolonne droite montre la luxation moins complète avec fracture de la marge inférieure de l'apophyse articulaire inférieure de la vertèbre luxée.

On voit enfin les ligaments jaunes désinsérés au niveau de la face antérieure des lames de la vertèbre luxée, tandis que les insertions inférieures, sur le bord supérieur des lames de la cinquième, sont restées intactes.

Présentation d'instruments.

M. Michaux. — Je présente au nom de M. le Dr Michel, dont bon nombre de nos collègues utilisent déjà les agrafes à suture, trois instruments destinés à faciliter l'emploi et l'enlèvement de ces agrafes :

1° Magasin se plaçant sur n'importe quelle pince à griffe.

Cet instrument ancien déjà, puisqu'il a été en usage dans le service du Dr Michaux en 1898, et qu'il a été l'origine du revolver, n'a pas été communiqué plus tôt, parce que le revolver était plus parfait; mais le prix de revient du revolver étant élevé, cela peut nuire à l'extension de la méthode, d'où la présentation actuelle.

Ce magasin se compose de deux lames parallèles entre les-

quelles sont placées les agrafes; deux ressorts en étrier permettent de le fixer sur une pince à griffe ordinaire. Cette pince est tenue de la main gauche; dans la droite, la pince spéciale vient prendre une à une les agrafes sur le magasin.

2° Pince pour enlever les agrafes créée pour ceux à qui la manœuvre des petits crochets ne plairait pas.

Cette pince, très commode, permet d'enlever les agrafes par sa simple manœuvre; elle porte un bec creusé d'une rainure dans laquelle pénètre une sorte de couteau mousse. On introduit le bec de la pince entre l'angle de l'agrafe et la peau, et une pression recourbe l'agrafe en sens inverse sans le moindre tiraillement.

3° Enfin, une pince spéciale pour porter les agrafes avec toutes les orientations possibles dans les cavités : bouche, vagin, etc.

Une toute petite pince articulée en compas est solidaire des mouvements d'une pince plus grande, par deux articulations en rotule.

La petite pince peut décrire tout un cercle autour de l'axe de la grande pince. Si donc on modifie la position de la grande pince, on peut explorer toute une cavité, et disposer l'agrafe préalablement placée entre les mors de la petite pince.

Élections.

NOMINATION DU BUREAU POUR 1902

NOMINATION DU PRÉSIDENT

Votants : 20. — Majorité : 15.

MM Bouilly . . . . 27 voix. Élu.
Kirmisson. . . . . 1 —

NOMINATION DU VICE-PRÉSIDENT

Votants : 33. — Majorité : 17.

MM. Kirmisson. . . . . 29 voix. Élu.
Peyrot. . . . . 1 — —
Quénu . . . . 2 —
Bulletin blanc. 1

NOMINATION DES SECRÉTAIRES ANNUELS

1er secrétaire.

Votants : 33. — Majorité : 17.

MM. Pierre Bazy	32 voix.	Élu.
Félizet	1 —	

2e secrétaire.

Votants : 34. — Majorité : 18.

MM. Félizet	26 voix.	Élu.
Tuffier	5 —	
Chaput	1 —	
Lejars	1 —	
Bulletin blanc	1	

NOMINATION DU TRÉSORIER

M. Walther est maintenu par acclamation dans ses fonctions de trésorier.

NOMINATION DE L'ARCHIVISTE

M. A. Broca est nommé archiviste par acclamation, en remplacement de M. Brun, démissionnaire.

Le Secrétaire annuel,

GÉRARD MARCHANT.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

POUR L'ANNÉE 1901

A

Pages.

B

C

D

F

G

H

I

J

K

Pages.

L

M

N

O

P

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

POUR 1901

E

F

G

H

I

J

K

L

M

S

T

V

W

Paris. — L. MARETHEUX, mprimeur, 1, rue Cassette